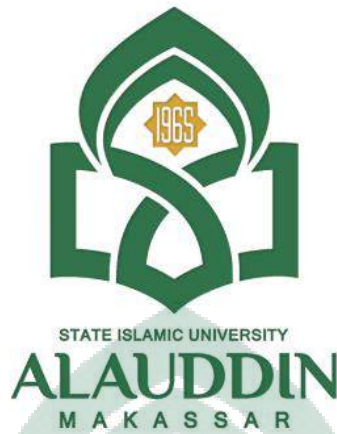


**GAMBARAN FAKTOR PERSONAL BUDAYA KESELAMATAN PASIEN
DI UNIT RAWAT INAP RS STELLA MARIS MAKASSAR**



Skripsi

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar Sarjana
Kesehatan Masyarakat Jurusan Kesehatan Masyarakat
Pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar

Oleh:

NUR APRIANTY HASMY

NIM: 70200113043

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR
2018**

PENGESAHAN SKRIPSI

Skrripsi yang berjudul, "Gambaran Faktor Personal Budaya Keselamatan Pasien di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar", yang disusun oleh Nur Aprianty Hasmy, NIM: 70200113043, mahasiswa Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, telah diuji dan dipertahankan dalam sidang *Munaqasyah* yang diselenggarakan pada hari Rabu, tanggal 17 Januari 2018 M, bertepatan pada 29 Rabbiul Akhir 1439 H, dinyatakan telah dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat.

Samata-Gowa, 17 Januari 2018 M
29 Rabbiul Akhir 1439 H

DEWAN PENGUJI

Ketua : Dr. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc

(.....)

Sekretaris : Hasbi Ibrahim, SKM., M.Kes

(.....)

Pembimbing I : Hasbi Ibrahim, SKM., M.Kes

(.....)

Pembimbing II : Syarfaini, SKM., M.Kes

(.....)

Penguji I : Dr. Fatmawati Mallapiang, SKM., M.Kes

(.....)

Penguji II : Dr. H. M. Dahlan., M.Ag.

(.....)

Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu
Kesehatan UIN Alauddin Makassar



Dr. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc.
NIP. 195502051963121001

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Mahasiswa yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Nur Aprianty Hasmy
NIM : 70200113043
Tempat/TglLahir : Ujung Pandang / 11 April 1995
Jurusan/Peminatan : Kesehatan Masyarakat/Kesehatan dan Keselamatan Kerja
Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Alamat : Jl. Mamoa IV No.7, Makassar
Judul : Gambaran Faktor Personal Budaya Keselamatan Pasien di
Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar

Menyatakan dengan sesungguhnya dan penuh kesadaran, bahwa skripsi ini benar adalah hasil karya sendiri. Jika dikemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka skripsi dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.

Samata-Gowa, 17 Januari 2018

Penyusun,


Nur Aprianty Hasmy
NIM. 70200113043

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur kehadirat Allah *subhanahu Wa Ta'ala* karena atas nikmat dan karunia-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini guna memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan S1 pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar. Shalawat dan salam penulis kirimkan kepada Rasulullah SAW, pembawa kebenaran dan teladan umat manusia.

Penulis menyadari bahwa sebagai hamba Allah, kesempurnaan sangat jauh dari penyusunan skripsi ini. Berbagai keterbatasan dan kekurangan yang hadir dalam skripsi ini merupakan refleksi dari ketidaksempurnaan penulis sebagai manusia. Namun dengan segala kerendahan hati, penulis memberanikan diri mempersembahkan skripsi ini sebagai hasil usaha dan kerja keras yang telah penulis lakukan.

Skripsi ini penulis persembahkan kepada kedua orang tua, Ayahanda **Muhammad Hasmy Djafar** dan Ibunda **Hartati Surapel** yang telah membesarkan, mendidik dan membimbing penulis dengan penuh kasih sayang serta perhatian dan do'a restu kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan kuliah di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri (UIN), yang tak bisa ananda balas dengan apapun. Suatu kebanggaan dapat terlahir dari seorang Ibu yang sangat sabar dan selalu memperhatikan masa depan anaknya, orang tua yang rela berkorban demi kesuksesan anaknya. Penulis juga ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada suami tercinta M. Alkautsar M,

kepada kedua adikku tersayang Muh. Syahrul Ramadhan Hasmy dan Muh. Syahril Hasmy, serta mertua dan Nurul Laily eonni yang telah memberikan dukungan moril maupun material serta do'a sehingga menjadikan jalan panjang yang penulis lalui terasa lebih lapang dan mudah. Saya sangat menyayangi kalian.

Tak lupa penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. Musafir Pababbari, M.Si, selaku Rektor UIN Alauddin Makassar dan para Wakil Rektor I, II, III dan IV.
2. Bapak Dr. dr. Armyn Nurdin, M.Sc, selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar dan para Wakil Dekan I, II, dan III.
3. Bapak Hasbi Ibrahim, SKM., M. Kes, selaku Ketua Jurusan Kesehatan Masyarakat UIN Alauddin Makassar.
4. Bapak Hasbi Ibrahim, SKM., M. Kes, selaku Pembimbing I dan Ibu Syarfaini, SKM., M.Kes selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya dalam memberikan bimbingan kepada penulis sampai selesainya penulisan skripsi ini.
5. Ibu Dr. Fatmawaty Mallapiang, SKM., M.Kes selaku Penguji I dan Bapak Dr. H. M. Dahlan, M.Ag selaku Penguji Integrasi Keislaman, yang telah memberikan saran dan kritik yang bermanfaat demi penyempurnaan penulisan.
6. Ibu Dr. Andi Susilawaty, SKM.,M.Kes selaku Penasehat Akademik yang selalu memotivasi dalam hal akademik dan organisasi.

7. Para Dosen Jurusan Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga selama penulis mengikuti pendidikan di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar. Para staf Jurusan Kesehatan Masyarakat yang juga sangat membantu. Serta segenap staf Tata Usaha di lingkungan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar yang banyak membantu penulis dalam berbagai urusan administrasi selama perkuliahan hingga penyelesaian skripsi ini.
8. Kepala UPT P2T, BKPMMD Prov. Sul-Sel, Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar, Kepada Ibu Kepala Diklat Keperawatan RS Stella Maris Makassar, Kepada Kak James selaku staf personalia RS Stella Maris Makassar, dan terkhusus para perawat dan bidan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Terima kasih atas segala bantuannya.
9. Kepada sahabat-sahabat, dan teman seperjuangan semasa kuliah. Terima kasih atas dukungan dan dampingannya, Indarwati, Dewi Ayu Purnama, Ayu Pratiwi Amiruddin, Sulfi Ekawati, Hikmatul Yulida, Mujahida, Muli Resky, Anugrah Putri Utami, Veny Yuliani, serta teman-teman yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu per satu, semoga persahabatan dan persudaraan kita terjalin untuk selamanya, insya Allah. Amin. Saya menyayangi kalian.
10. Kakanda angkatan 2010 sampai 2012, teman-teman Dimension angkatan 2013, teman-teman kelas kesehatan masyarakat B dan kelas peminatan K3 serta teman-teman seperjuangan KKN angkatan-53

khususnya yang mengabdikan di Ling. Lembang Bata, Kel. Gantarang Kec. Tinggimoncong (Nastuti, Aswandi, Felis Gunawan, Indarwati, dan Meli Herdianti) yang telah memberikan semangat hidup, kritik, saran, dan dukungan penuh dalam penulisan skripsi ini.

11. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Terima Kasih atas semuanya yang telah memberi warna dalam setiap langkah dan tindakan yang penulis lalui.

Skripsi ini merupakan awal dari proses berdialektika penulis dengan dunia akademik, sehingga pembaca yang sangat akrab dengan dunia penelitian akan mudah melihat kelemahan penulisan ini. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sebagai langkah menuju kesempurnaan. Akhir kata, penulis berharap semoga hasil penelitian ini dapat memberi manfaat bagi kita semua.

Wassalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Samata, Gowa 17 Januari 2018

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRAK	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Definisi Operasional	4
D. Kajian Pustaka.....	7
E. Tujuan Penelitian	11
F. Manfaat Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Budaya Keselamatan	13
1. Definisi Budaya.....	13
2. Budaya Keselamatan Kerja	14
3. Budaya Keselamatan Pasien.....	18
B. Tinjauan Umum Rumah Sakit.....	20
C. Tinjauan Umum Perawat dan Bidan	23
1. Perawat	23
2. Bidan.....	26
D. Tinjauan Umum Rawat Inap	28
E. Tinjauan Umum Patient Safety	29

F. Tinjauan Umum Faktor Personal	30
G. Tinjauan Umum Komitmen Personal	32
H. Tinjauan Umum Pengetahuan Keselamatan.....	34
1. Pengertian Pengetahuan.....	34
2. Tingkat Pengetahuan.....	36
3. Pengetahuan Keselamatan Pasien	37
I. Tinjauan Umum Kompetensi	39
1. Pengertian Kompetensi	39
2. Kompetensi Perawat dalam Budaya Keselamatan Pasien	39
J. Pola Pikir Variabel yang Diteliti	41
1. Kerangka Teori	41
2. Kerangka Konsep.....	45
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian.....	47
B. Pendekatan Penelitian.....	47
C. Populasi dan Sampel.....	47
1. Populasi.....	47
2. Sampel.....	48
D. Sumber Data Penelitian	49
1. Data Primer	49
2. Data Sekunder	49
E. Instrumen Penelitian	49
F. Teknik Pengelolaan Data dan Analisis Data.....	50
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	51
B. Hasil Penelitian.....	52
1. Karakteristik Responden.....	53
2. Analisis Univariat.....	56
C. Pembahasan	61
1. Gambaran Komitmen Personal Perawat dan Bidan di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar.....	62

2. Gambaran Pengetahuan Keselamatan Pasien Perawat dan Bidan di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar	65
3. Gambaran Kompetensi Perawat dan Bidan di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar	68
4. Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar	72

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	77
B. Kesimpulan	77

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	53
Tabel 4.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Kelompok Umur.....	54
Tabel 4.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	54
Tabel 4.4	Karakteristik Responden Berdasarkan Masa Kerja.....	55
Tabel 4.5	Distribusi Responden Berdasarkan Komitmen Personal	56
Tabel 4.6	Distribusi Komitmen Personal Responden Berdasarkan Pekerjaan	57
Tabel 4.7	Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Keselamatan Pasien	57
Tabel 4.8	Distribusi Pengetahuan Keselamatan Pasien Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	58
Tabel 4.9	Distribusi Responden Berdasarkan Kompetensi	59
Tabel 4.10	Distribusi Kompetensi Responden Berdasarkan Pekerjaan	60
Tabel 4.11	Distribusi Responden Berdasarkan Budaya Keselamatan Pasien.....	60
Tabel 4.12	Distribusi Budaya Keselamatan Pasien Berdasarkan Pekerjaan	61

DAFTAR BAGAN

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	42
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	44
Gambar 2.3 Kerangka Konsep	45



DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar Kuesioner
2. Hasil Pengolahan Data SPSS
3. Master Tabel SPSS
4. Dokumentasi Hasil Penelitian
5. Surat Permohonan Izin Penelitian dari Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar
6. Surat Izin Penelitian dari BKPMU UPT-PPT Provinsi Sulawesi Selatan
7. Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian dari RS Stella Maris Makassar
8. PMK No. 1691 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
9. Hasil Uji Plagiasi



Gambaran Faktor Personal Budaya Keselamatan Pasien di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar

¹Nur Aprianty Hasmy, ²Hasbi Ibrahim, ³Syarfaini

^{1,2}Bagian Kesehatan dan Keselamatan Kerja Jurusan Kesehatan Masyarakat,
UIN Alauddin Makassar

³Bagian Gizi Jurusan Kesehatan Masyarakat,
UIN Alauddin Makassar
(shawol.blue@gmail.com)

ABSTRAK

Di rumah sakit, dampak dari budaya keselamatan pasien yang kurang adalah tingginya angka Kejadian Tidak Diharapkan seperti infeksi nosokomial dan pasien jatuh, Kejadian Nyaris Celaka, ataupun kejadian sentinel. Budaya keselamatan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor personal, diantaranya komitmen personal, pengetahuan, dan kompetensi petugas kesehatan yang bertugas di rumah sakit. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran faktor personal budaya keselamatan pasien di unit rawat inap RS Stella Maris Makassar. Metode penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif deskriptif dengan sampel berjumlah 64 orang yang terdiri dari 58 perawat dan 6 bidan yang bekerja di unit rawat inap RS Stella Maris Makassar dengan teknik pengambilan sampel secara *Stratified Random Sampling* dari jumlah populasi sebanyak 174 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas perawat dan bidan RS Stella Maris Makassar memiliki budaya keselamatan pasien yang baik sebesar 100%. Dilihat dari komitmen personal terdapat 68.8% responden yang dalam kategori baik dan 31.2% dalam kategori kurang baik. Dan untuk pengetahuan keselamatan dan kompetensi responden 100% dalam kategori baik. Secara keseluruhan, gambaran faktor personal budaya keselamatan pasien di unit rawat inap RS Stella Maris Makassar tergolong baik ditinjau dari segi komitmen, pengetahuan keselamatan pasien dan kompetensi dalam penerapan keselamatan pasien.

Kata Kunci: *Budaya Keselamatan Pasien, Faktor Personal, Rawat Inap*

Description of Personal Factors Patient Safety Culture at the Inpatient Ward of Stella Maris Hospital Makassar

¹Nur Aprianty Hasmy, ²Hasbi Ibrahim, ³Syarfaini

^{1,2}Division of Work Safety and Health of Public Health Department,
UIN Alauddin Makassar

³Nutrient Division of Public Health Department,
UIN Alauddin Makassar
(shawol.blue@gmail.com)

ABSTRACT

The impact of a poor patient safety culture in hospitals is the high number of Unexpected Events such as nosocomial infections and falling-out patients, Near-Miss Events, or sentinel events. The patient safety culture is influenced by several personal factors, including personal commitment, knowledge, and competence of health workers who served in the hospital. The study is aimed at determining the description of personal factors patient safety culture at the inpatient ward of Stella Maris Hospital Makassar. It is a descriptive quantitative research with 64 samples consisting of 58 nurses and 6 midwives working at the inpatient ward of Stella Maris Hospital Makassar taken by utilizing Stratified Random Sampling technique from the 174 population. The results of the study reveal that the majority of nurses and midwives of Stella Maris Hospital Makassar have good patient safety culture of 100%. By looking at the personal commitment, there are 68.8% of respondents who are in good category and 31.2% in bad category. In addition, the knowledge of safety and competence of 100% respondents are in good category. Overall, the description of the personal factors of patient safety culture in Stella Maris Hospital Makassar is good in terms of commitment, patient safety knowledge and competence in patient safety implementation.

Keywords : *Patient Safety Culture, Personal Factors, Inpatient*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Semua organisasi mempunyai budaya kerja masing-masing, termasuk rumah sakit. Misal, saat masuk ke salah satu unit di rumah sakit, kita bisa segera menilai apakah petugasnya ramah, siap membantu, pelayanannya cepat, dimana hal tersebut salah satu contoh dari dimensi budaya *patient safety* yang bisa dirasakan.

Schein (1992) mendefinisikan budaya kerja sebagai kebiasaan orang bekerja dalam suatu kelompok, nilai, filosofi dan aturan-aturan dalam kelompok yang membuat mereka bisa bekerjasama. Secara singkat budaya kerja adalah bagaimana kita menyelesaikan pekerjaan ditempat kerja yang berperan penting dalam keberhasilan atau kegagalan suatu organisasi pelayanan kesehatan dan juga dalam konteks *patient safety*.

Guldenmund (2010) mengatakan bahwa budaya keselamatan sebagai aspek-aspek dari budaya organisasi yang akan mempengaruhi sikap dan perilaku terkait dengan peningkatan atau penurunan risiko. *The International Nuclear Safety Advisory Group* (INSAG), dalam publikasinya *Safety Series* No. 75-INSAG-4, mendefinisikan budaya keselamatan merupakan gabungan karakteristik dan sikap dalam organisasi dan individu yang menetapkan bahwa, sebagai prioritas utama masalah keselamatan instalasi nuklir memperoleh perhatian yang sesuai dengan kepentingannya.

Pentingnya mengembangkan budaya *patient safety* juga ditekankan dalam salah satu laporan *Institute of Medicine* “*To Err Is Human*” agar organisasi tersebut berfokus pada peningkatan reliabilitas dan keselamatan pelayanan

pasien”. Nieva dan Sorra turut menekankan bahwa budaya keselamatan yang buruk adalah faktor risiko penting yang bisa mengancam keselamatan pasien.

Kohn (2000) dalam Rosyada (2014), budaya keselamatan pasien dikembangkan dari konsep budaya keselamatan di industri. Walaupun memiliki karakteristik yang berbeda, berbagai penelitian budaya keselamatan di industri menjadi dasar pengembangan konsep keselamatan pasien di rumah sakit. Salah satu perbedaan konsepnya adalah budaya keselamatan pasien di rumah sakit lebih berfokus untuk melindungi pasien lebih besar daripada perlindungan terhadap personel itu sendiri. Menurut IOM (*Institute of Medicine*), terciptanya lingkungan yang aman bagi pasien berarti tercipta juga lingkungan yang aman bagi pekerja, karena keduanya terikat satu sama lain.

Dalam bukunya, Vincent (2005) menyebutkan ancaman terhadap keselamatan pasien tersebut tidak dapat diubah, jika budaya *patient safety* dalam organisasi tidak diubah.

Di rumah sakit, salah satu dampak dari budaya keselamatan pasien yang kurang adalah tingginya angka kejadian KTD, KNC, ataupun kejadian sentinel. Salah satu bentuk dari KTD adalah infeksi nosokomial dan pasien jatuh.

Menurut Kanan, dkk (2015) dalam Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Islam Faisal menunjukkan budaya keselamatan pasien di RS Islam Faisal tergolong kuat sebesar (59,9%) yang terdapat pada instalasi gawat darurat, laboratorium, instalasi radiologi, sanitasi dan kesehatan lingkungan serta bagian keamanan. Untuk instalasi dengan budaya keselamatan pasien sedang, terdapat pada instalasi hemodialisa, bagian administrasi dan informasi. Untuk dimensi budaya keselamatan pasien di RS Islam Faisal tergolong tinggi yang terdapat pada dimensi kerjasama dalam unit sebesar 91,4%, dimensi *respon non punitive* terhadap kesalahan (50,3%) dan *staffing* (47,7%).

Menurut Pujilestari, dkk (2013) dalam penelitiannya mengenai Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat dalam Melaksanakan Pelayanan di Instalasi Rawat Inap RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013, dari 75 orang responden, sebanyak 38 responden (50,7%) masuk kategori budaya keselamatan pasien tinggi dan 37 responden yang masuk kategori budaya keselamatan pasien yang rendah terdapat 23 perawat (62,2%) dengan pelaksanaan pelayanan yang kurang baik dan 14 perawat (37,8%) dengan pelaksanaan pelayanan yang baik.

Menurut Verbakel NJ (2016) dalam *Exploring Patient Safety Culture in Primary Care*, 519 praktik merespons (tingkat respons: 24%) dimana 313 (625 kuesioner individual) dimasukkan untuk analisis. Secara keseluruhan, budaya keselamatan pasien dianggap positif. Terapi okupasi dan terapi antikoagulan paling menyimpang dari profesi lain dengan cara yang negatif., Sedangkan fisioterapi menyimpang paling banyak dengan cara yang positif. Selain itu sebagian besar profesi menilai keselamatan pasien mereka sebagai positif (rata-rata = 4,03 pada skala lima poin)

Menurut Mao, dkk (2013) dalam *Survei Rumah Sakit mengenai Budaya Keselamatan Pasien di China*, dari total 1500 kuesioner yang dibagikan, 1160 diantaranya valid (tingkat respon 77%). Tingkat respon positif setiap item berkisar dari 36% sampai 89%. Tingkat respon positif terdapat dalam 5 dimensi (kerja sama antar unit, pembelajaran organisasi berkelanjutan, komunikasi terbuka, respon tidak menyalahkan, dan kerja sama antar tim) yang lebih tinggi dari data AHRQ ($p < 0.05$).

Dari hasil pengambilan data awal yang peneliti lakukan pada tanggal 19 – 20 Januari 2017 yang berkaitan dengan keselamatan pasien, kejadian infeksi nosokomial selama tiga tahun terakhir menunjukkan penurunan yang signifikan dari tahun 2014 ke tahun 2015, dari rata-rata 6,85% turun hingga 1.68%. Namun,

dari tahun 2015 ke tahun 2016 tidak terjadi penurunan yang signifikan namun menunjukkan kenaikan, dari angka 1.68% naik menjadi 1.90%. Selain itu KTD pasien jatuh dari tempat tidur pada tahun 2014 terdapat 3 pasien, tahun 2015 terdapat 1 pasien, dan tahun 2016 terdapat 3 pasien. Hal ini menunjukkan bahwa angka nosokomial di RS Stella Maris Makassar masih melewati batas standar yang ditentukan dalam Kepmenkes No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal RS, yaitu hanya sebesar $\leq 1,5 \%$, dan indikator tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian masih kurang dari 100%.

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti tertarik meneliti budaya keselamatan pasien yang dilihat dari faktor personal tenaga medis non dokter khususnya perawat dan bidan yang bekerja di instalasi rawat inap Rumah Sakit Stella Maris Makassar, untuk mengetahui Gambaran Faktor Personal Budaya Keselamatan Pasien di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, permasalahan yang dikaji dalam penelitian ini adalah bagaimana gambaran budaya keselamatan pasien di unit rawat inap RS Stella Maris Makassar ?

C. Definisi Operasional dan Ruang Lingkup Penelitian

1. Definisi Operasional

Untuk mendapatkan kesamaan dan menghindari terjadinya kesalahan penafsiran dalam penelitian ini maka dibuat definisi operasional dari variabel-variabel sebagai berikut:

a. Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien yang dimaksud dalam penelitian ini adalah faktor personal responden yang terdiri dari pengetahuan keselamatan pasien, kompetensi dan personal komitmen. Dalam penelitian ini, budaya keselamatan pasien dikatakan :

Baik : Bila skor jawaban $\geq 60\%$

Cukup : Bila skor jawaban $< 60\%$

b. Personal Komitmen

Personal komitmen yang dimaksud dalam penelitian ini adalah keinginan seseorang untuk mempertahankan keanggotaannya di rumah sakit. Dalam penelitian ini, personal komitmen dilihat dari segi *affective*, *continuance*, dan *normatif*. Penelitian ini menggunakan kuesioner yang dikembangkan oleh Meyer J.F., Natalie J, Allen dan Catherine A. Smith (1993) dengan pengukuran skala likert.

Kriteria Objektif :

Baik : Bila skor jawaban $\geq 60\%$

Cukup : Bila skor jawaban $< 60\%$

c. Pengetahuan Keselamatan

Pengetahuan keselamatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pengetahuan mengenai sasaran keselamatan pasien yang terdapat dalam PMK No. 1691 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang bertujuan mengurangi insiden terkait keselamatan pasien. Kuesioner yang digunakan menggunakan kuesioner skala Gutmann.

Kriteria Objektif :

Baik : Bila skor jawaban $\geq 50\%$

Cukup : Bila skor jawaban $< 50\%$

d. Kompetensi

Kompetensi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kemampuan perawat dan bidan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan memperhatikan sasaran keselamatan pasien yang terdapat dalam PMK No. 1691 tentang Keselamatan Pasien. Kuesioner yang digunakan menggunakan kuesioner skala Gutmann.

Kriteria Objektif :

Baik : Bila skor jawaban $\geq 50\%$

Cukup : Bila skor jawaban $< 50\%$

2. Ruang Lingkup Penelitian

Waktu pelaksanaan penelitian ini dilakukan pada bulan Juli hingga Agustus 2017 yang bertempat di RS Stella Maris Makassar yang terletak di Jl. Somba Opu No. 273 Makassar.

D. Kajian Pustaka/ Penelitian Terdahulu

Beberapa penelitian telah dilakukan terkait budaya keselamatan pasien di rumah sakit adalah sebagai berikut :

No	Nama	Judul	Karakteristik Variabel			
			Variabel	Jenis Penelitian	Sampel	Hasil
1.	Diny Vellyana	Analisis Budaya Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping.	12 dimensi budaya keselamatan pasien HSOPSC	Pendekatan <i>mixed methods research</i> , metode kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> , dan metode kualitatif dengan pendekatan <i>case study</i> , dengan rancang penelitian deskriptif.	76 sampel dengan subjek penelitian adalah perawat dan bidan pelaksana yang berhubungan langsung dengan pasien,	Penerapan budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II masuk dalam kategori cukup dengan nilai mean sebesar 74.09. Terdapat Gap/perbandingan pelaporan antara TIM KPRS dan hasil penelitiandi lapangan, serta ditemukannya hambatan-hambatan dalam penerapan budayakeselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II yang berasal dari dukunganmanajemen yang masih belum optimal, tingginya jam kerja dan beban kerja yangtidak sesuai serta masih terdapat adanya proses tahapan program keselamatan pasienyang belum terlaksanakan.
2.	Nurwahidah, dkk	Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Ajjapange	- <i>input</i> - <i>prosess</i> - <i>Outcome</i>	Jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif.	75 perawat dengan metode random sampling.	- Budaya keselamatan pasien tergolong sedang, dimana dimensi yang tergolong tinggi adalah dimensi input (staffing), dan dimensi proses. Yang tergolong sedang yaitu umpan balik, persepsi patient safety, komunikasi kesalahan, tindakan promosi keselamatan, dan ekspektasi manajer. Dan tergolong rendah yaitu komunikasi terbuka, hands off patient dan pergantian shift, dan dimensi outcome
3.	Agustina	Gambaran Budaya	- Aspek harapan	Deskriptif	75 perawat (- Dari 75 orang responden, terdapat 38 responden

	Pujilestari, dkk	Keselamatan Pasien Oleh Perawat dalam Melaksanakan Pelayanan di Instalasi Rawat Inap RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan KP <ul style="list-style-type: none"> - Pembelajaran organisasi - Kerja sama tim - Komunikasi terbuka - Error feedback - Non-punitive respon - Staf adekuat - Persepsi keselamatan pasien - Dukungan manajemen - Kerja sama antar unit - Penyerahan dan pemindahan pasien Frekuensi pelaporan kejadian	kuantitatif, dengan rancang survei deskriptif	<i>proportionate stratified random sampling</i>)	(50,7%) dalam kategori budaya keselamatan pasien tinggi. - Dari 37 responden dalam kategori rendah terdapat 23 perawat (62,2%) dengan pelaksanaan pelayanan yang kurang baik dan 14 perawat (37,8%) dengan pelaksanaan pelayanan yang baik.
4.	Immanuel Lorens Kanan, dkk	Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Islam Faisal	<ul style="list-style-type: none"> - Dukungan manajemen dan pimpinan - Pelatihan - Kerja sama dalam 	Deskriptif kuantitatif	197 responden (<i>proportional sampling</i>)	- Budaya keselamatan pasien secara umum di RS Islam Faisal tergolong kuat yang terdapat pada instalasi gawat darurat, laboratorium, radiologi, bagian sanitasi dan kesehatan lingkungan dan keamanan.

			<ul style="list-style-type: none"> - unit Staffing 			<ul style="list-style-type: none"> - Untuk unit yang tergolong rendah adalah instalasi hemodialisa, bagian administrasi dan Informasi. Dimensi pasien tergolong tinggi dengan presentase terbesar terdapat pada dimensi kerjasama dalam unit dan dimensi tergolong sedang adalah dimensi <i>staffing</i>.
5.	Ahmad Ahid Mudayana	Peran Aspek Etika Tenaga Medis Dalam Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Iklim organisasi - Tingkat pengetahuan - Penerapan keselamatan pasien - Aspek komunikasi - Aspek etika 	Menelaah dari berbagai sumber publikasi ilmiah secara online. Dari hasil pencarian kemudian diolah dan dianalisis sehingga menghasilkan sebuah pembahasan dan kesimpulan dari topik yang ditetapkan		Kode etik yang dimiliki oleh profesi tenaga kesehatan harus selalu diterapkan sebagai upaya untuk menerapkan budaya keselamatan pasien. Pasien akan merasa puas apabila terlayani dengan baik oleh tenaga kesehatan. Untuk menerapkan budaya keselamatan pasien dan menjalankan kode etik profesi diperlukan iklim berorganisasi yang baik. Aspek etika menjadi bagian penting dalam melakukan pelayanan kepada pasien.
6.	Emma Rachmawati	Model Pengukuran Keselamatan Pasien di RS Muhammadiyah Aisyiyah Tahun 2011	<ul style="list-style-type: none"> - Kepemimpinan Transformatif - Kerja sama tim - Kesadaran Individual 	Survey dengan desain Cross Sectional	1500 responden (<i>proporsional sampling</i>)	Berdasarkan temuan tersebut di atas maka dapat disimpulkan bahwa Instrumen pengukuran iklim keselamatan pasien di RS Muhammadiyah- "Aisyiyah (RSMA) menunjukkan karakteristik psikometrik yang baik. RSMA dapat menggunakan instrumen tersebut untuk mengukur kondisi iklim keselamatan pasien di masing-masing RS yang mencakup 4 domain terkait, yaitu

						Kepemimpinan Transformasional (di tingkat CEO/Direksi RS), Kerjasama Tim (di tingkat unit kerja), Kesadaran Individual (di tingkat individu) serta iklim keselamatan pasien (di tingkat organisasi/RS), sehingga RSMA dapat membandingkan kondisi iklim KP di masing-masing RS.
--	--	--	--	--	--	---

Penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti, berbeda dengan penelitian sebelumnya, yakni peneliti ingin mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien di unit rawat inap RS Stella Maris Makassar dengan menggunakan teori dari *Cooper's Reciprocal Safety Culture* yang tidak digunakan pada penelitian sebelumnya. Sehingga, variabel yang diteliti juga berbeda, dalam penelitian ini variabel yang diteliti adalah faktor personal dimana lebih mengarah pada perawat dan bidan yaitu, komitmen personal, kompetensi, dan pengetahuan keselamatan

E. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien pada pelayanan di unit rawat inap di RS Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran personal komitmen dalam budaya keselamatan pasien di unit rawat inap di RS Stella Maris Makassar.
- b. Untuk mengetahui gambaran pengetahuan keselamatan tenaga medis non dokter dalam budaya keselamatan pasien di unit rawat inap di RS Stella Maris Makassar.
- c. Untuk mengetahui gambaran kompetensi tenaga medis non dokter dalam budaya keselamatan pasien di unit rawat inap di RS Stella Maris Makassar.

F. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan :

1. Manfaat Ilmiah

- a. Sebagai sarana dalam mengaplikasikan teori yang telah didapatkan selama perkuliahan.
- b. Menambah wawasan, memberikan pengalaman, dan mempertajam kemampuan analitik peneliti dalam hal mengkaji budaya keselamatan pasien.

2. Manfaat Institusi

- a. Menjadi suatu masukan dalam pengetahuan keilmuan K3, khususnya mengenai gambaran budaya keselamatan pasien pada pelayanan di unit rawat inap RS Stella Maris Makassar.
- b. Menjadi dasar penelitian lebih lanjut terkait budaya keselamatan pasien.

3. Manfaat Praktis

Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program study strata 1 (S1) di jurusan Kesehatan Masyarakat.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Budaya Keselamatan

1. Definisi Budaya

Budaya berasal dari bahasa sansekerta yaitu “buddhayah” yang merupakan bentuk jamak dari kata buddhi yang artinya akal atau budi. Jadi budaya adalah segala sesuatu yang berasal dari akal manusia. Berikut definisi budaya menurut beberapa ahli :

- a. **Herskovits**, kebudayaan adalah superorganic yaitu sesuatu yang diturunkan dari generasi ke generasi.
- b. **Andreas Eppink**, kebudayaan adalah nilai-nilai dan norma sosial, ilmu pengetahuan yang menjadi ciri khas suatu masyarakat.
- c. **Edward Burnett Tylor**, kebudayaan mengandung adat istiadat, moral, kesenian, pengetahuan, keyakinan, dan hukum, yang didapat seseorang sebagai anggota masyarakat.
- d. **Selo Soemardjan, dan Soelaiman Soemardi**, kebudayaan adalah sarana hasil karya, rasa, dan cipta masyarakat.
- e. **Parsudi Suparian** budaya adalah pengetahuan manusia yang seluruhnya dipakai untuk mengerti dan memahami lingkungan serta pengalaman yang terjadi kepadanya, sehingga akan melandasi segala perilaku dalam masyarakat.

Dapat disimpulkan bahwa budaya adalah sesuatu yang dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan berupa ide seseorang yang akan diwujudkan dalam bentuk perilaku.

2. Budaya Keselamatan Kerja

Budaya keselamatan kerja adalah suatu hal penting dari budaya organisasi yang membahas mengenai keselamatan kerja.

Budaya keselamatan kerja menurut Uttal (1983) adalah keseluruhan nilai-nilai dan kepercayaan-kepercayaan yang berinteraksi dengan struktur organisasi dan sistem pengendalian yang membentuk norma-norma perilaku (dikutip dari Cooper, 2000).

Menurut Turner (1992), budaya selamat adalah serangkaian norma, keyakinan, perilaku, aturan, dan praktis teknis serta sosial yang sangat berhubungan dengan upaya meminimalkan kecelakaan kerja yang akan menimpa pekerja, manajer, pelanggan, dan masyarakat (Andi dkk, 2005:129).

The International Atomic Energy Authority (IAIE, 1991) mendefinisikan budaya keselamatan adalah pembentukan karakteristik dan sikap dalam organisasi dan individu yang menetapkan isu keselamatan instalasi nuklir adalah prioritas.

Health and Safety Commission (HSC) U.K mendefinisikan budaya keselamatan adalah produk dari individu dan nilai-nilai kelompok, sikap, kompetensi dan pola perilaku yang menentukan komitmen, gaya dan kemampuan program keselamatan dan kesehatan kerja suatu organisasi.

Guldenmund (2010) mengatakan bahwa budaya keselamatan sebagai aspek-aspek dari budaya organisasi yang akan mempengaruhi sikap dan perilaku terkait dengan peningkatan atau penurunan risiko. Menurutnya, budaya keselamatan (*safety culture*) itu terdiri dari lapisan-lapisan yang dianalogikan seperti lapisan pada bawang merah dimana lapisan-lapisan tersebut berturut-turut dari luar ke dalam antara lain :

- a. *Artefak*, terdiri dari unsur-unsur nyata/terlihat dan diidentifikasi secara verbal dalam sebuah organisasi. Contoh: poster keselamatan, pesan dan

slogan, dokumen & laporan terkait dengan keselamatan, prosedur kerja & instruksi, cara memakai peralatan & APD, dll.

- b. Nilai-nilai yang dianut (*Espoused Value*) meliputi aspek-aspek pernyataan atau aspirasi yang dinyatakan oleh organisasi. Hal itu antara lain pernyataan tertulis atau lisan yang dibuat oleh pengusaha/ manajer (misalnya prioritas tentang tujuan keselamatan sebelum produksi). Nilai-nilai juga termasuk sikap (keselamatan) pekerja terhadap : Perilaku, orang, dan masalah K3 di suatu organisasi.
- c. Asumsi dasar, adalah hal yang mendasari keyakinan bersama tentang keselamatan diantara anggota organisasi. Asumsi ini implisit dan tidak terlihat, tapi nyata bagi anggota. Beberapa contoh asumsi yang terkait dengan keselamatan antara lain tentang apa yang aman dan apa yang tidak di sekitar tempat kerja, bahaya yang pekerja hadapi, tentang waktu yang dihabiskan pada keselamatan, tentang apakah orang-orang tertentu yang cenderung menunjukkan perilaku berisiko, tentang sejauh mana orang harus mengambil inisiatif atau menunggu instruksi & tentang apakah itu diterima untuk mengoreksi perilaku yang tidak aman orang lain, dll.

Model Bandura (1986) tentang determinisme timbal balik menjelaskan bahwa budaya keselamatan terdiri dari 3 aspek yang saling terkait, yaitu aspek psikologis, aspek perilaku dan aspek situasional.

- a. Aspek psikologis dari budaya keselamatan sering disebut sebagai "iklim keselamatan (*safety climate*)" atau dengan kata lain “*bagaimana orang merasa tentang keselamatan dan sistem manajemen keselamatan*”. Aspek ini berhubungan dengan nilai-nilai individu & kelompok serta sikap dan persepsi terhadap keselamatan.

- b. Aspek perilaku budaya keselamatan memberikan perhatian pada “*apa yang dilakukan orang-orang*”. Ini termasuk kegiatan yang terkait dengan keselamatan, perilaku, juga komitmen manajemen terhadap keselamatan.
- c. Aspek situasional mengacu pada *apa yang organisasi punya*. Ini termasuk misalnya kebijakan, prosedur, peraturan, struktur organisasi, sistem manajemen, sistem kontrol dan sistem komunikasi.

Dari model Bandura, Cooper (1996) telah mengembangkannya menjadi lebih kompleks, dimana ia memperincikan 3 aspek budaya keselamatan Bandura kedalam komponen yang lebih terperinci sehingga memudahkannya untuk diukur.

Dari beberapa definisi diatas, dapat disimpulkan budaya keselamatan adalah pengetahuan seseorang yang mempengaruhi sikap, kompetensi dan komitmen yang terbentuk dalam organisasi dan individu yang menempatkan keselamatan sebagai prioritas utama.

Menurut INSAG (*The International Nuclear Safety Advisory Group*) budaya keselamatan memiliki dua komponen utama dalam manifestasinya: kerangka kerja dalam hasil kerja individu, dan sikap serta tanggapan individu. INSAG juga memiliki pandangan bahwa prosedur dan praktik yang baik tidak sepenuhnya cukup jika hanya dilaksanakan secara mekanik. Hal ini membawa kita pada satu tujuan: budaya keselamatan mengharuskan seluruh kewajiban yang penting bagi keselamatan dilaksanakan dengan benar, dengan kewaspadaan, pikiran yang tepat dan pengetahuan menyeluruh, penilaian yang baik, dan rasa tanggung jawab yang cukup.

Dalam UU No. 10 Tahun 1997 diatur mengenai budaya keselamatan, yaitu sifat dan sikap dalam organisasi dan individu yang menekankan pentingnya keselamatan. Oleh sebab itu, budaya keselamatan

mempersyaratkan agar semua kewajiban yang berkaitan dengan keselamatan harus dilaksanakan secara benar, seksama, dan bertanggung jawab.

Tujuan budaya keselamatan adalah agar seluruh personel berkontribusi dan bertanggung jawab atas keselamatan instalasi tempat personel melakukan kegiatan. Budaya keselamatan ini penting karena banyak kecelakaan yang terjadi disebabkan oleh kurangnya kepedulian terhadap keselamatan. Adanya kesadaran atau kepedulian terhadap pentingnya keselamatan akan berpengaruh terhadap keselamatan personel, masyarakat, dan lingkungan.

Dalam agama Islam, menjaga keselamatan orang lain serta lingkungan sangat dianjurkan. Allah Berfirman dalam QS Al-Qashas/28 :77.

وَأَبْتَغِ فِيمَا ءَاتَيْكَ اللَّهُ الدَّارَ
الْآخِرَةَ وَلَا تَنْسَ نَصِيبَكَ مِنَ الدُّنْيَا
وَأَحْسِنْ كَمَا أَحْسَنَ اللَّهُ إِلَيْكَ وَلَا تَبْغِ
الْفُسَادَ فِي الْأَرْضِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ
الْمُفْسِدِينَ ٧٧

Terjemahnya :

“Dan carilah pada apa yang telah dianugerahkan Allah kepadamu (kebahagiaan) negeri akhirat, dan janganlah kamu melupakan bahagianmu dari (kenikmatan) duniawi dan berbuat baiklah (kepada orang lain) sebagaimana Allah telah berbuat baik, kepadamu, dan janganlah kamu berbuat kerusakan di (muka) bumi. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang berbuat kerusakan.” (Kementrian Agama RI, 2009)

Dalam ayat tersebut disebutkan bahwa manusia harus berbuat baik kepada orang lain dan tidak boleh berbuat kerusakan di muka bumi. Ini berarti bahwa manusia diutus untuk menjaga lingkungan, tidak mencemarinya, melindungi sesama, berbuat dan berperilaku baik kepada

sesama. Karena Allah tidak menyukai orang-orang yang merusak alam ciptaannya. Begitupun dalam bekerja, perlu ada manajemen keselamatan dan kesehatan kerja agar dapat dipelajari hal-hal yang dapat membahayakan keselamatan dan kesehatan diri dan orang lain. Untuk kemudian dihindari sehingga pekerja serta orang lain disekitarnya dapat terhindar dari risiko dan bahaya yang ditimbulkan.

3. Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien menurut AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2004) adalah produk individu dan kelompok yang merupakan nilai dari persepsi, kompetensi, sikap serta perilaku yang membentuk komitmen serta pola suatu manajemen kesehatan mengenai keselamatan pasien.

Secara sederhana, budaya keselamatan pasien adalah pengetahuan yang mempengaruhi kompetensi dan komitmen organisasi dan individu yang menetapkan keselamatan pasien adalah prioritas.

Rumah sakit sebagai organisasi pelayanan kesehatan berusaha untuk meningkatkan pertumbuhan budaya keselamatan pasien. Sutker (2008) mengatakan bahwa budaya keselamatan pasien adalah wajib dan seluruh pegawai bertanggung jawab terhadap keselamatan diri mereka sendiri, pasien dan pengunjung. Fokus budaya keselamatan yang baru adalah pembelajaran yang dilakukan setiap saat terhadap kesalahan yang terjadi.

Kohn (2000) dalam Rosyada (2014), budaya keselamatan pasien dikembangkan dari konsep budaya keselamatan di industri. Walaupun memiliki karakteristik yang berbeda, berbagai penelitian budaya keselamatan di industri menjadi dasar pengembangan konsep keselamatan pasien di rumah sakit. Salah satu perbedaan konsep budaya keselamatan pasien yang ada di

rumah sakit adalah fokus untuk melindungi pasien lebih besar daripada perlindungan terhadap personel itu sendiri. Menurut IOM (*Institute of Medicine*), terciptanya lingkungan yang aman bagi pasien berarti tercipta juga lingkungan yang aman bagi pekerja, karena keduanya terikat satu sama lain.

Tingkat kematangan (*maturity*) organisasi dalam menerapkan budaya keselamatan pasien terdiri dari 5 elemen, yaitu: patologis, reaktif, kalkulatif, proaktif, dan generatif. *Manchester Patient Survey Assessment Framework* (MaPSaf) mengembangkan 5 elemen tersebut sebagai pedoman bagi organisasi dalam mengembangkan budaya keselamatan pasien (NPSA, 2004 dalam Rosyada 2014) Tingkat maturitas budaya keselamatan pasien dapat dilihat pada tabel:

Tabel 2. Tingkat Maturitas Budaya Keselamatan Pasien

No.	Tingkat Maturitas	Pendekatan dalam Budaya Keselamatan Pasien
1.	Patologis	Organisasi belum memiliki sistem yang mendukung budaya keselamatan pasien yang positif
2.	Reaktif	Organisasi hanya berpikir tentang keselamatan setelah terjadi insiden. Sistem bersifat fragmentasi, dikembangkan hanya pada saat akreditasi dan reaktif terhadap insiden yang terjadi.
3.	Kalkulatif	Sistem sudah tertata baik, tetapi implementasinya masih bersifat segmental dan pada event tertentu.
4.	Proaktif	Organisasi aktif meningkatkan persepsi keselamatan pasien dan memberikan reward atas peningkatan keselamatan pasien. Sistem bersifat komprehensif dan melibatkan stakeholder pendekatan berbasis pada bukti (<i>evidence based</i>)
5.	Generatif	Budaya keselamatan pasien sudah terintegrasi dengan tujuan rumah sakit. Organisasi mengevaluasi efektivitas intervensi dan selalu belajar dari kegagalan sebelumnya.

Untuk menghindari terjadinya KTD, KNC maupun kejadian sentinel, dibuatlah kebijakan mengenai *patient safety* dalam PMK no. 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. Adanya peraturan mengenai keselamatan pasien, diharapkan dapat dijadikan sebagai budaya dalam rumah sakit untuk mewujudkan keselamatan, baik bagi pasien dan keselamatan pekerja atau petugas kesehatan.

Bird (2005) dalam Rosyada (2014) manfaat budaya keselamatan pasien antara lain :

1. Organisasi lebih tahu jika ada kesalahan yang akan terjadi atau jika kesalahan terjadi.
2. Meningkatnya laporan kejadian yang dibuat dan belajar dari kesalahan yang terjadi akan berpotensi menurunkan kejadian yang sama terulang kembali dan keparahan dari keselamatan pasien.
3. Kesadaran akan keselamatan pasien, yaitu bekerja untuk mencegah *error* dan melaporkan jika ada kesalahan.
4. Berkurangnya perawat yang merasa tertekan, bersalah, dan malu karena kesalahan yang diperbuat.
5. Berkurangnya *turn over* pasien, karena pasien yang mengalami insiden umumnya akan mengalami perpanjangan hari perawatan dan pengobatan yang diberikan dari yang seharusnya diterima pasien.
6. Mengurangi biaya yang diakibatkan oleh kesalahan dan penambahan terapi.
7. Mengurangi sumber daya yang dibutuhkan dalam menangani keluhan pasien.

B. Tinjauan Umum Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan sarana kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotive, preventive, kurative dan rehabilitative dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah sakit diselenggarakan berasaskan pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Pengaturan penyelenggaraan rumah sakit bertujuan:

1. memudahkan masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan;
2. memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
3. meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan
4. memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah Sakit.

Rumah Sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya:

1. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus.
 - a. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
 - b. Rumah sakit Khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.
2. Berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dapat dibagi menjadi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit privat.
 - a. Rumah sakit publik adalah rumah sakit yang dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba.

Rumah sakit publik yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah Sakit publik tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit privat.

- b. Rumah Sakit privat adalah rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit. Klasifikasi Rumah Sakit umum terdiri atas:

1. Rumah Sakit umum kelas A, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) spesialis lain dan 13 (tiga belas) subspesialis.
2. Rumah Sakit umum kelas B, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) subspesialis dasar.
3. Rumah Sakit umum kelas C, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) spesialis penunjang medik.
4. Rumah Sakit umum kelas D, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) spesialis dasar.

Klasifikasi Rumah Sakit khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:

1. Rumah Sakit khusus kelas A, adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang lengkap.
2. Rumah Sakit khusus kelas B, adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang terbatas.
3. Rumah Sakit khusus kelas C, adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang minimal.

C. Tinjauan Umum Perawat dan Bidan

1. Perawat

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Perawat adalah seseorang yang melakukan pelayanan dan praktik keperawatan. Pelayanan keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Praktik keperawatan adalah pelayanan yang dilakukan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan adalah interaksi perawat dengan pasien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian pasien dalam merawat dirinya. Pengaturan Keperawatan bertujuan :

- a. meningkatkan mutu perawat dan pelayanan keperawatan
- b. memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada perawat dan pasien; dan
- c. meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Jenis Perawat terdiri atas:

- a. Perawat profesi, terdiri atas ners dan ners spesialis
- b. Perawat vokasi.

Praktik Keperawatan dilaksanakan di fasilitas Pelayanan kesehatan dan tempat lainnya sesuai dengan klien sarannya. Praktik keperawatan terdiri atas:

- a. Praktik keperawatan mandiri; dan
- b. Praktik keperawatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Praktik keperawatan harus berdasarkan pada kode etik, standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional. Praktik keperawatan didasarkan pada prinsip kebutuhan pelayanan kesehatan dan/atau keperawatan masyarakat dalam suatu wilayah. Dalam menyelenggarakan praktik keperawatan, perawat bertugas sebagai:

- a. pemberi asuhan keperawatan;
- b. penyuluh dan konselor bagi klien;
- c. pengelola pelayanan keperawatan;
- d. peneliti keperawatan;
- e. pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/ atau
- f. pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan di bidang upaya kesehatan perorangan, perawat berwenang:

- a. melakukan pengkajian keperawatan secara holistik;

- b. menetapkan diagnosis keperawatan;
- c. merencanakan tindakan keperawatan;
- d. melaksanakan tindakan keperawatan;
- e. mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan;
- f. melakukan rujukan;
- g. memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi;
- h. memberikan konsultasi Keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter;
- i. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling; dan
- j. melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.

Perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berkewajiban:

- a. melengkapi sarana dan prasarana pelayanan keperawatan sesuai dengan standar pelayanan keperawatan dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kode etik, standar pelayanan keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. merujuk klien yang tidak dapat ditangani kepada perawat atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya;
- d. mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar; memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas, dan mudah dimengerti mengenai tindakan keperawatan kepada klien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya;

- e. melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi perawat; dan
- f. melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh pemerintah.

Perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berhak:

- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- b. memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur dari Klien dan/atau keluarganya. menerima imbalan jasa atas Pelayanan Keperawatan yang telah diberikan;
- c. menolak keinginan Klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan
- d. memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar

2. Bidan

Dalam Permenkes No. 1464/MENKES/PER/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Bidan dapat menjalankan praktik mandiri dan/atau bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan. Bidan yang menjalankan praktik mandiri harus berpendidikan minimal Diploma III (D III) Kebidanan. Setiap bidan hanya dapat menjalankan praktik dan/atau kerja paling banyak di 1 (satu) tempat kerja dan 1 (satu) tempat praktik. Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi:

- a. pelayanan kesehatan ibu;
- b. pelayanan kesehatan anak; dan

- c. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Dalam melaksanakan praktik/kerja, bidan berkewajiban untuk:

- a. menghormati hak pasien;
- b. memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan;
- c. merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak dapat ditangani dengan tepat waktu;
- d. meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan;
- e. menyimpan rahasia pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan;
- f. melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan pelayanan lainnya secara sistematis;
- g. mematuhi standar; dan
- h. melakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan praktik kebidanan termasuk pelaporan kelahiran dan kematian.

Bidan dalam menjalankan praktik/kerja untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya. Bidan juga harus membantu program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan wajib melaporkan bidan yang bekerja dan yang berhenti bekerja di fasilitas pelayanan kesehatannya pada tiap triwulan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan tembusan kepada organisasi profesi. Dalam melaksanakan praktik/kerja, bidan mempunyai hak:

- a. memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan praktik/kerja sepanjang sesuai dengan standar;
- b. memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari pasien dan/atau keluarganya;
- c. melaksanakan tugas sesuai dengan kewenangan dan standar; dan
- d. menerima imbalan jasa profesi.

D. Tinjauan Umum Rawat Inap

Rawat inap adalah kegiatan pasien yang berkunjung ke rumah sakit untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berlangsung selama lebih kurang dari 2x24 jam. Pasien yang mendapatkan pelayanan rawat inap jelas memiliki masalah terhadap kesehatannya. Untuk menegakkan keperluan diagnosis, tindakan medis atau rencana keperawatan memerlukan data status kesehatan pasien yang bersangkutan.

Ruang rawat inap dikelompokkan menurut perawatan secara umum meliputi, ruang perawatan, penyakit dalam, anak, dan kebidanan. Selain pengelompokkan menurut golongan perawatan para pengelola memberi pengelompokan menurut kelas perawatan. Adapun pelayanan yang diberikan pasien rawat inap adalah :

1. Pemeriksaan keadaan umum oleh perawat untuk mengetahui pengaruh obat-obatan terhadap pasien.
 2. Tindakan terapi oleh perawat sebagai upaya pengobatan dan perawatan.
 3. Pelayanan keperawatan berupa pemeliharaan sarana pelayanan dan pemenuhan kebutuhan makanan pasien, serta kebutuhan lainnya yang dapat memberikan kenyamanan, kesejahteraan, dan ketenteraman selama dirawat.
- (Wijono, 2009 dalam Adryani, 2012)

E. Tinjauan Umum Patient Safety

Keselamatan pasien rumah sakit adalah sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi penilaian identifikasi risiko, penilaian risiko, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari;

1. Kejadian Tidak Diharapkan, adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
2. Kejadian Nyaris Cedera, adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
3. Kejadian Tidak Cedera, adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. Dan
4. Kejadian Potensial Cedera, adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
5. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

Standar keselamatan pasien berdasarkan PMK No. 1691 Tahun 2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit meliputi :

1. Hak pasien
2. Mendidik pasien dan keluarga

3. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan
4. Pengurangan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
5. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
6. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Selanjutnya, pada pasal 8 ayat (2) mengatur tentang sasaran keselamatan pasien yang meliputi :

1. Ketepatan identifikasi pasien
2. Peningkatan komunikasi yang efektif
3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayan kesehatan, dan
6. Pengurangan risiko pasien jatuh

Sasaran keselamatan pasien yang dijabarkan didalam PMK No. 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, sejalan dengan *International Patient Safety Goals* yang dikeluarkan oleh JCI (*Joint Commission International*) pada tahun 2014. Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit). Tujuan sasaran keselamatan pasien untuk meningkatkan perbaikan spesifik mengenai keselamatan pasien, memfokuskan bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi berdasarkan bukti dan keahlian atas masalah yang dihadapi.

F. Tinjauan Umum Faktor Personal

Kejadian insiden keselamatan pasien tidak lepas dari faktor personal tenaga medis itu sendiri. Penyebab dasar terjadinya insiden keselamatan pasien

disebabkan oleh dua faktor, yaitu faktor pekerjaan dan faktor manusia. Dalam Cecep Dani Sucipto (2014) menjabarkan faktor pekerjaan dan faktor manusia sebagai berikut:

1. Faktor pekerjaan

a. Jam kerja

Yang dimaksud jam kerja adalah jam waktu bekerja termasuk waktu istirahat dan lamanya bekerja sehingga dengan adanya waktu istirahat ini dapat mengurangi kejadian yang tidak diharapkan.

b. Pergeseran waktu

Peralihan waktu dari pagi, siang dan malam dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan kejadian yang tidak diharapkan.

2. Faktor manusia (*Human Faktor*)

a. Umur pekerja

Umur pekerja mempunyai pengaruh penting dalam menimbulkan KTD. Golongan umur muda memiliki potensi untuk mendapatkan KTD lebih kecil dibandingkan usia tua, karena mempunyai kecepatan reaksi lebih tinggi. Namun pada jenis pekerjaan tertentu, golongan pekerja dengan kasus kecelakaan kerja disebabkan oleh karena kecorobohan atau kelalaian pekerja terhadap pekerjaan yang dihadapinya.

b. Pengalaman bekerja

Pengalaman bekerja ditentukan oleh lamanya pekerja bekerja. Semakin lama pekerja bekerja maka semakin banyak pengalaman dalam bekerja. Jadi, pengalaman kerja mempengaruhi terjadinya KTD terutama pada pekerja yang memiliki pengalaman kerja yang sedikit.

c. Tingkat pendidikan dan keterampilan

Pendidikan pekerja mempengaruhi cara berpikir dalam menghadapi pekerjaan, demikian pula dalam menerima latihan kerja baik praktek maupun teori merupakan cara pencegahan atau cara menghindari terjadinya KTD.

d. Lama bekerja

Lama bekerja juga mempengaruhi terjadinya kejadian yang tidak diharapkan. Hal ini didasarkan pada lamanya seseorang bekerja akan mempengaruhi pengalaman kerjanya.

e. Kelelahan

Faktor kelelahan dapat mengakibatkan KTD atau turunnya produktivitas kerja. Kelelahan merupakan fenomena kompleks fisiologis maupun psikologis dimana ditandai dengan adanya gejala perasaan lelah dan perubahan fisiologis dalam tubuh. Kelelahan akan berakibat menurunnya kemampuan kerja dan kemampuan tubuh pada pekerja.

G. Tinjauan Umum Komitmen Personal

Menurut Spector (2000) (dalam Setiawati), terdapat banyak definisi yang berbeda mengenai komitmen, namun seluruhnya melibatkan keterikatan individu terhadap pekerjaannya. Komitmen kerja merupakan sebuah variabel yang mencerminkan derajat hubungan yang dianggap dimiliki oleh individu terhadap pekerjaan tertentu dalam organisasi.

Greenberg & Baron (1993) mengemukakan bahwa komitmen kerja merefleksikan tingkat identifikasi dan keterlibatan individu dalam pekerjaannya dan ketidaksediaannya untuk meninggalkan pekerjaan tersebut. Jadi, dapat didefinisikan komitmen personal adalah keterlibatan individu dalam pekerjaannya, dan ketidaksediaannya untuk meninggalkan pekerjaan tertentu dalam organisasi.

Bagi Perawat komitmen personal adalah identifikasi kekuatan yang terkait dengan nilai-nilai dan tujuan untuk memelihara keanggotaan dalam rumah sakit (Robbins, 2006 dalam Menik, 2015). Komitmen personal juga didefinisikan sebagai tingkat kepercayaan, keterikatan individu terhadap tujuan dan mempunyai keinginan untuk tetap berada dalam rumah sakit (Mathis dan Jackson, 2001 dalam Menik, 2015).

Komitmen perawat dan bidan terhadap rumah sakit ditunjukkan dengan prestasi yang lebih baik dengan terlibat aktif melaksanakan asuhan keperawatan (Wijaya, 2012 dalam Menik, 2015).

Beberapa penelitian tentang komitmen kerja dilakukan oleh Yatnikasari (2010) dalam penelitiannya tentang “ Hubungan Program Retensi dengan Komitmen Organisasi Perawat Pelaksana di RSAB Harapan Kita” menemukan bahwa program retensi komunikasi, insentif, seleksi dan orientasi dan jenjang karir memiliki makna yang signifikan terhadap komitmen perawat. Menik (2015) yang mengkaji “Hubungan Motivasi dan Komitmen Kerja Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Insentif RSUP Sanglah Denpasar”. Menemukan terdapat hubungan antara komitmen kerja dengan penerapan keselamatan pasien di ruang perawatan intensif RSUP Sanglah Denpasar. Semua hasil penelitian diatas menyimpulkan bahwa komitmen kerja berpengaruh terhadap kinerja karyawan. Komitmen kerja memiliki peranan penting untuk peningkatan kinerja perawat. Dengan komitmen kerja yang tinggi, perawat menjadi lebih giat bekerja dan mempunyai motivasi kuat untuk berprestasi. Komitmen kerja juga dapat menumbuhkan rasa kepemilikan terhadap rumah sakit, karena ingin tetap bertahan menjadi anggota rumah sakit (Wijaya, 2012).

Pada penelitian ini, komitmen personal yang diteliti terdiri atas *affective commitment*, *continuance commitment*, dan *normative commitment* dengan

menggunakan kuesioner yang dikembangkan oleh Meyer J.F., Natalie J, Allen dan Catherine A. Smith (1993). Adapun definisi dari setiap komponen komitmen kerja adalah sebagai berikut :

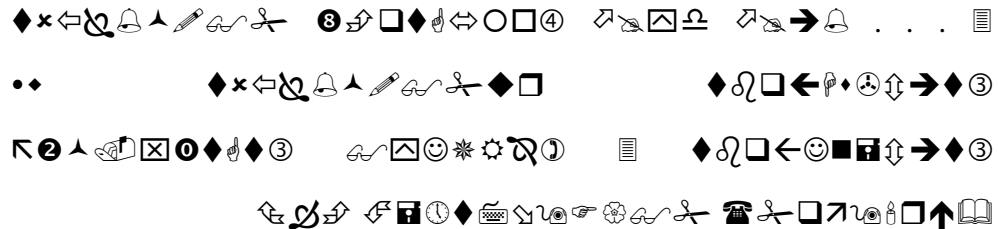
1. *Affective occupational commitment* (komitmen kerja afektif), adalah hubungan psikologis karyawan terhadap pekerjaannya yang menyebabkan karyawan bertahan pada suatu pekerjaan karena mereka menginginkannya.
2. *Continuance occupational commitment* (komitmen kerja kontinuans), lebih kepada perhitungan untung-rugi harga yang harus dibayar dalam diri karyawan sehubungan dengan keinginannya untuk menetap atau meninggalkan pekerjaannya yang menyebabkan karyawan bertahan karena mereka membutuhkannya.
3. *Normative occupational commitment* (komitmen kerja normatif), yaitu komitmen atas dasar kewajiban untuk bertahan dalam pekerjaan yang menyebabkan karyawan bertahan pada suatu pekerjaan karena mereka merasa wajib melakukannya (dalam Setiawati)

H. Tinjauan Umum Pengetahuan Keselamatan

1. Pengertian Pengetahuan

Purwanto (1990) dalam (Natsir, 2014), pengetahuan adalah salah satu faktor yang menyebabkan individu berperilaku. Dengan demikian perbuatan atau tingkah laku seseorang dapat terjadi menurut apa yang diketahui dan diyakini sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki. Pengetahuan tiap seseorang berbeda, dan pengetahuan yang dimiliki memiliki peranan penting dalam pekerjaannya. Hal ini berarti pengetahuan berpengaruh dalam kehidupan seseorang karena pengetahuan akan melahirkan sikap yang akan mengarahkan seseorang untuk berbuat sesuatu (dalam Natsir, 2014:20).

Allah berfirman dalam QS Az-Zumar /39: 9.



Terjemahan :

“... Katakanlah: "Adakah sama orang-orang yang mengetahui dengan orang-orang yang tidak mengetahui?" Sesungguhnya orang yang berakallah yang dapat menerima pelajaran.”

Menurut M. Quraish Shihab dalam tafsir Al-Mishbahnya mengatakan kata *ya'lamun* (tulisan arab), ada ulama yang memahaminya sebagai kata yang tidak memerlukan objek. Maksudnya, siapa yang memiliki pengetahuan, apapun pengetahuan itu, pasti tidak sama dengan yang tidak memilikinya. Hanya saja, jika makna ini yang dipilih, harus digaris bawahi ilmu pengetahuan yang dimaksud adalah pengetahuan yang bermanfaat yang menjadikan seseorang mengetahui hakikat sesuatu lalu menyesuaikan diri dan amalannya dengan pengetahuan itu (M. Quraish Shihab, 2002).

Muchtar Lutfi dalam artikelnya yang berjudul “Peran *Ma'rifat* dalam Kesempurnaan” menjelaskan maksud ayat tersebut adalah landasan utama kesempurnaan setiap individu ataupun suatu komunitas terletak pada kualitas *ma'rifat* (pengetahuan) dan pola pikir mereka. Kesempurnaan tersebut tidak mungkin terealisasi secara utuh tanpa didukung kualitas pengetahuan yang tinggi.

Dalam pandangan Islam, kualitas sebuah perbuatan bisa diukur dari tingkat *ma'rifat* si pelakunya. Jika pelaku tidak melandasi perbuatannya dengan pengetahuan atau *ma'rifat*, perbuatannya itu tidak bernilai sama

sekali. Dengan kata lain, tingkat kualitas suatu tindakan ditentukan sesuai dengan derajat *ma'rifat* pelakunya. Semakin tinggi derajat *ma'rifat* seseorang, semakin tinggi pula kualitas perbuatannya, meskipun perbuatan itu secara lahiriah nampak remeh, sebagaimana yang ditegaskan dalam riwayat “Tidurnya orang alim adalah ibadah” (Muchtar Lutfi, 2009)

2. Tingkat Pengetahuan

Menurut Benyamin S. Bloom, ada 6 tingkatan pengetahuan yaitu :

a. Tahu (*know*)

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah ada sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini, mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rancangan yang telah diterima.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya).

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*syntesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan dan menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

3. Pengetahuan Keselamatan Pasien

Bagi tenaga paramedis yang bekerja di rumah sakit hendaknya memiliki pengetahuan keselamatan pasien yang memadai agar dapat mengurangi insiden terkait keselamatan pasien di tempat mereka bekerja.

Tingkat pengetahuan tenaga medis khususnya perawat sangatlah penting dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Semakin tinggi pengetahuan perawat tentang kode etik dan hukum kesehatan maka semakin baik pula kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Untuk meningkatkan pengetahuan perawat mengenal kode etik dan hukum kesehatan maka perawat harus membaca buku mengenai kode etik keperawatan dan hukum kesehatan. Selain itu dapat juga melalui teknologi internet serta melalui teman seprofesinya.

Upaya untuk menambahkan tingkat pengetahuan perawat atau tenaga kesehatan yang lain yaitu, melalui pelatihan atau seminar. Pelatihan dan seminar dapat bermanfaat untuk melakukan evaluasi terhadap program-program dan standar-standar termasuk standar asuhan keperawatan. Standar asuhan keperawatan harus selalu ditinjau keakuratannya sehingga tidak terjadi suatu kesaiahan yang dapat merugikan pasien, selain itu perawat harus

dibina untuk mencapai kinerja yang professional dan bertanggung jawab. Tingkat pengetahuan yang tinggi akan mempengaruhi kinerja perawat sehingga asuhan keperawatan akan terlaksana dengan baik dan kemungkinan terjadinya malpraktik atau kelalaian rendah. Hal ini terjadi karena perawat atau tenaga medis telah dibekali dengan pengetahuan tentang etika dan *patient safety*. Kinerja perawat dipengaruhi oleh faktor balas jasa yang adil dan layak penempatan yang sesuai dengan keahliannya, berat ringan pekerjaannya lingkungan, peralatan yang menunjang, serta sikap pimpinan dalam memberikan bimbingan dan Pembinaan (Suplemen Majalah Kedokteran Andalas, Vol. 37. No.Supl.1, Maret 2014)

Saat ini, standar tentang keselamatan pasien sudah sangat banyak. Baik standar nasional maupun standar internasional. Pada dasarnya, setiap standar yang ada memiliki kemiripan satu sama lain. Perbedaannya hanya terletak pada jumlah poin standar dan penerapannya.

Dimana penerapannya disesuaikan dengan kondisi setiap rumah sakit. Di Indonesia, standar keselamatan pasien berdasarkan PMK No. 1691 Tahun 2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit pasal 7 ayat (2) dan selanjutnya, pada pasal 8 ayat (2) mengatur tentang sasaran keselamatan pasien yang sejalan dengan *International Patient Safety Goals* yang dikeluarkan oleh JCI (*Joint Commission International*) pada tahun 2014. Tujuan sasaran keselamatan pasien untuk meningkatkan perbaikan spesifik mengenai keselamatan pasien, memfokuskan bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi berdasarkan bukti dan keahlian atas masalah yang dihadapi.

Sehingga, pada penelitian ini, indikator yang digunakan untuk mengukur pengetahuan keselamatan pasien adalah kuesioner yang disusun berdasarkan poin-poin yang ada dalam sasaran keselamatan pasien.

I. Tinjauan Umum Kompetensi

1. Pengertian Kompetensi

Kompetensi seringkali berhubungan dengan kemampuan, pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman kerja. Mohammed (2002 dalam Safiu, 2012) menjelaskan sebagai pengetahuan baik mengenai risiko dan bahaya yang ada pada pekerjaannya, pengertian, dan tanggung jawab terhadap pekerjaannya.

Selain di atas, penilaian kompetensi pekerja juga sering dilihat dari penerapan peraturan dan prosedur keselamatan kerja, serta penerapan atas pelatihan keselamatan kerja yang telah diperoleh (Davies *et al*, 2001 dalam Safiu, 2012). Pekerja dengan kompetensi yang baik, diharapkan mampu meminimalisir risiko kecelakaan kerja dan membantu meningkatkan kompetensi pekerja yang lain terhadap keselamatan kerja (Andi dkk, 2005:130 dalam Safiu, 2012).

Kompetensi merupakan persyaratan penting untuk menjamin agar pekerjaan dilakukan dengan baik, mengikuti standar kerja yang berlaku serta memenuhi persyaratan keselamatan. Kompetensi dapat diperoleh melalui pendidikan, pelatihan, serta pengalaman yang memadai dalam melakukan sesuatu tugas atau aktivitas.

2. Kompetensi Perawat dalam Budaya Keselamatan Pasien

Kompetensi tindakan atau kegiatan yang tepat untuk mencapai hasil kinerja, salah satunya adalah kompetensi yang dilakukan oleh perawat dalam melakukan pelayanan dengan memperhatikan keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Budiawan (2015) mengenai “Hubungan Kompetensi, Motivasi dan Beban Kerja Perawat Pelaksana dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSJ Propinsi Bali” menemukan kompetensi perawat berhubungan dengan kinerja perawat dan merupakan faktor yang paling dominan di ruang rawat inap RSJ Propinsi Bali.

Allah Berfirman dalam QS Al-Maidah/5: 32

“Oleh Karena itu kami tetapkan (suatu hukum) bagi Bani Israil, bahwa: barang siapa yang membunuh seorang manusia, bukan Karena orang itu (membunuh) orang lain [411], atau bukan Karena membuat kerusakan dimuka bumi, Maka seakan-akan dia Telah membunuh manusia seluruhnya [412]. dan barang siapa yang memelihara kehidupan seorang manusia, Maka seolah-olah dia telah memelihara kehidupan manusia semuanya. dan Sesungguhnya telah datang kepada mereka rasul-rasul kami dengan (membawa) keterangan-keterangan yang jelas, Kemudian banyak diantara mereka sesudah itu [413] sungguh-sungguh melampaui batas dalam berbuat kerusakan dimuka bumi.”

Maksud ayat di atas yaitu, bahwa barang siapa yang menyebabkan terbunuhnya seseorang, atau celaknya orang lain, maka sama halnya dia telah membunuh atau mencelakakan seluruh umat manusia. Sebaliknya, barang siapa yang memelihara kehidupan seseorang, maka seolah-olah dia telah memelihara kehidupan seluruh manusia. Sehingga, menjadi kewajiban petugas paramedis untuk mengupayakan keselamatan jiwa dan rasa aman bagi pasien dengan memiliki kompetensi yang memadai.

Pada penelitian ini, pengukuran kompetensi perawat dalam budaya keselamatan pasien menggunakan kuesioner yang disusun berdasarkan poin-poin yang ada dalam sasaran keselamatan pasien yang telah diatur didalam PMK No. 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

1. Kerangka Teori

Ada tiga komponen utama budaya keselamatan yaitu, bersifat psikologis, situasional, dan perilaku, yang dapat diukur baik dengan pendekatan kualitatif maupun kuantitatif (Cooper, 2000).

- Aspek psikologis pekerja terhadap K3 (*Psychological aspects, what people feel, what is believe*).
- Aspek perilaku K3 pekerja (*Behavioral aspects, what people do, what is done*).
- Aspek situasi atau organisasi dalam kaitan dengan K3 (*Situational aspects, what organizational has, what is said*).



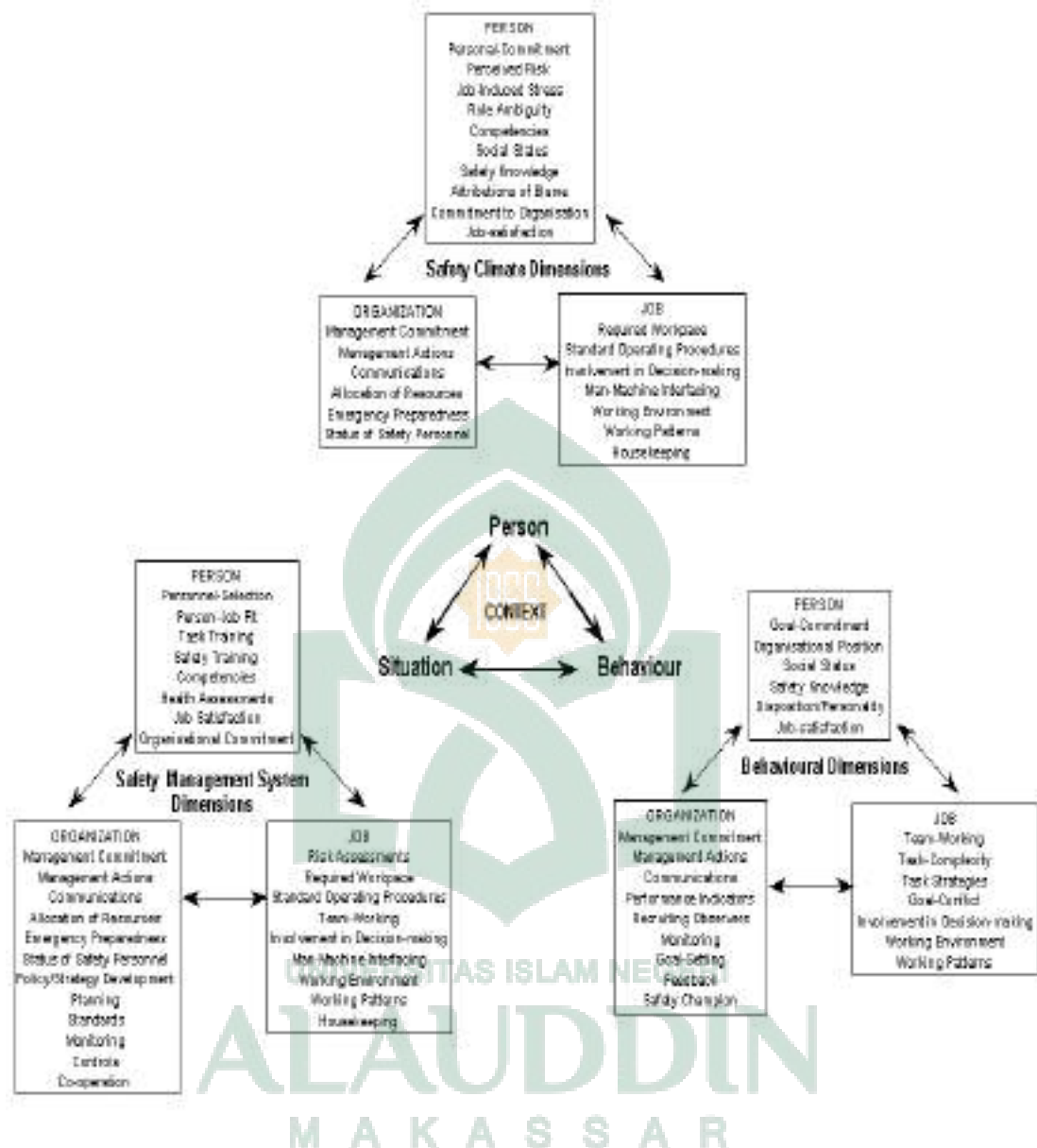
Gambar 2.1 Cooper's Reciprocal Safety Culture Model

(Sumber : Cooper, 2002)

Aspek pertama, apa yang dirasakan seseorang sangat terkait dengan aspek pribadi (*person*), misalnya: cara pikir, nilai, pengetahuan, motivasi, harapan dan lain-lain. Aspek kedua berkaitan erat dengan perilaku sehari-hari (*behaviour*), misalnya: perilaku sehari-hari di perusahaan, kebiasaan-kebiasaan dalam K3 dan sebagainya. Aspek ketiga berkaitan erat dengan situasi lingkungan kerja (*environment*) seperti apa yang dimiliki perusahaan/organisasi mengenai K3, contohnya Sistem Manajemen K3, SOP, Komite K3, peralatan, lingkungan kerja, dan sebagainya.

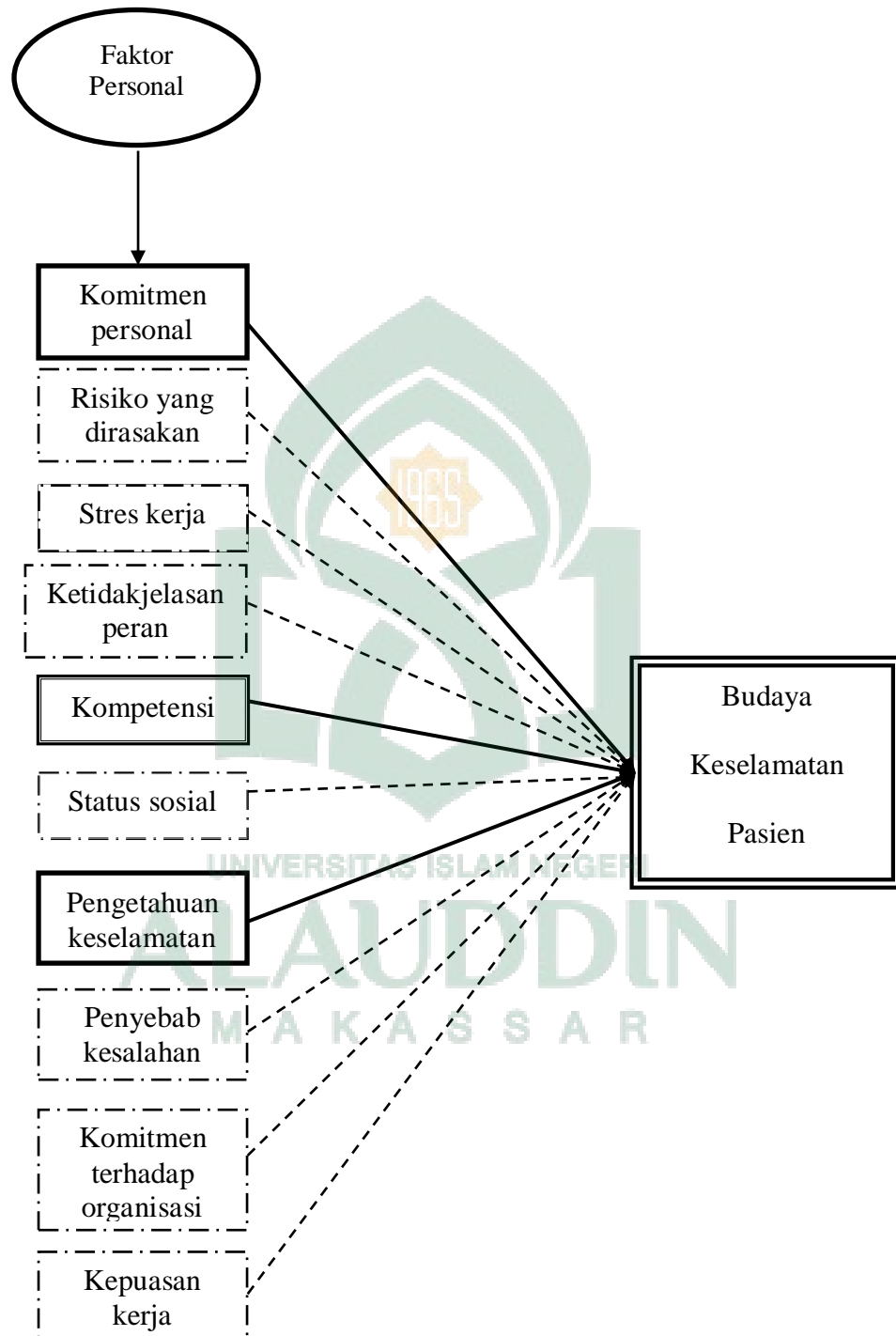
Cooper's Reciprocal Safety Culture Model dari dimensi *safety climate* dapat dijabarkan menjadi 11 dimensi yang menjadi fokus utama untuk memastikan keselamatan iklim organisasi saat ini. Masing-masing telah terbukti secara jelas berkaitan dengan budaya keselamatan yang efektif. Dimensi yang dimaksud tersebut diantaranya :

- a. Komitmen personal
- b. Risiko yang dirasakan
- c. Stres kerja
- d. Ketidakjelasan peran
- e. Kompetensi
- f. Status sosial
- g. Pengetahuan keselamatan
- h. Penyebab kesalahan
- i. Komitmen terhadap organisasi
- j. Kepuasan kerja



Gambar 2.2 Penjabaran Cooper's Reciprocal Safety Culture Model Applied to Each Element
(Sumber : Cooper, 2002)

2. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

Ket :



= Variabel dependen



= Variabel Independen



= Variabel yang diteliti



= Variabel yang tidak diteliti



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif, yaitu pengumpulan data yang bertujuan untuk melihat gambaran budaya keselamatan pasien dan mengetahui kisaran frekuensi/distribusi. Lokasi penelitian ini dilakukan di RS Stella Maris Makassar yang berlokasi di Jln. Somba Opu No. 273 Makassar.

B. Pendekatan Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian *survey* yang bersifat deskriptif. Dimana tujuan yang ingin dicapai adalah untuk mendeskripsikan/menggambarkan budaya keselamatan pasien di unit rawat inap Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi merupakan keseluruhan sumber data yang diperlukan dalam suatu penelitian (Saryono dan Anggraeni, 2013: 165). Maka populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat dan bidan yang ada di ruang rawat inap RS Stella Maris Makassar yang berjumlah 174 dimana jumlah perawat sebanyak 159 orang dan bidan sebanyak 15 orang. Adapun teknik pengambilan sampelnya yaitu *Stratified Random Sampling* yakni mengambil sampel secara acak dengan memperhatikan strata/tingkatan dalam populasi yang heterogen.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dianggap mewakili populasinya. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini *Stratified Random Sampling* yakni mengambil sampel secara acak dengan memperhatikan strata/ tingkatan dalam populasi yang heterogen. Dengan melihat jumlah populasi yang sudah diketahui, maka besar sampel ditentukan berdasarkan rumus :

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

Keterangan :

n : Jumlah sampel
N : Besar populasi
 d^2 : Batas presisi yang diharapkan (0,1)

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

$$n = \frac{174}{1 + 174 (0,1^2)} = \frac{174}{1 + 1,74} = \frac{174}{2,74} = 63,5$$

$$n = 64 \text{ orang}$$

Jadi, besar sampel pada penelitian ini yaitu 64 responden di RS Stella Maris Makassar. Populasi dalam penelitian ini terbagi dalam dua bagian yaitu, perawat dan bidan yang masing-masing berjumlah:

Perawat : 159

Bidan : 15

Maka jumlah sampel yang diambil berdasarkan masing-masing bagian tersebut, ditentukan dengan rumus;

$$\text{Perawat : } n = \frac{\sum \text{populasi perawat}}{\sum \text{populasi total}} \times \text{total sampel}$$

$$n = \frac{159}{174} \times 64$$

$$n = 58 \text{ orang}$$

$$\text{Bidan : } n = \frac{\sum \text{populasi bidan}}{\sum \text{populasi total}} \times \text{total sampel}$$

$$n = \frac{15}{174} \times 64$$

$$n = 6 \text{ orang}$$

Jadi, kuota sampel untuk perawat sebanyak 58 orang dan kuota bidan sebanyak 6 orang.

D. Sumber Data Penelitian

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung melalui kuesioner dan wawancara.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari tempat penelitian seperti data gambaran umum rumah sakit, jumlah staf medis, dan lain-lain.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen merupakan alat ukur yang digunakan untuk pengumpulan data agar memperkuat hasil penelitian. Instrumen yang digunakan oleh peneliti adalah kuesioner atau angket yang digunakan untuk memperoleh data

mengenai data umum responden, personal komitmen, pengetahuan keselamatan pasien, dan kompetensi perawat.

F. Teknik Pengelohan Data dan Analisis Data

Pengolahan data dan analisis data dalam penelitian ini menggunakan bantuan komputer. Data-data yang diperoleh dari lapangan akan dianalisis menggunakan SPSS dengan perhitungan frekuensi. Selanjutnya dianalisis secara deskriptif yaitu dengan cara menggambarkan budaya keselamatan pasien di unit rawat inap Rumah Sakit Stella Maris Makassar.



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Stella Maris Makassar berdiri dan diresmikan pada tanggal 22 September 1939 oleh Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan. Berdiri diatas tanah seluas 19.592 m² yang terletak di jalan Somba Opu No. 273, Kelurahan Maluku, Kecamatan Ujung Pandang, Makassar, Sulawesi Selatan.

Latar belakang pembangunan Rumah Sakit Stella Maris Makassar bermula saat Kongregasi JMJ (Jesus-Maria-Josef) mulai berkarya di Sulawesi Selatan sejak 1927 dengan membuka karya pendidikan. Dalam perjalanan waktu, dipahami adanya kebutuhan mendesak untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, kecil, dan lemah. Maka, waktu itu MGR. Martens, seorang perfek apostolic Makassar berbicara dengan beberapa petinggi Makassar akan perlunya dibangun sebuah rumah sakit. Hal ini disambut baik oleh para suster JMJ (Jesus-Maria-Josef), dan rumah sakit mulai dibangun cukup sederhana namun cukup lengkap dan memenuhi persyaratan meskipun ruang rawat inap baru berjumlah 40 tempat tidur.

Pengoperasian Rumah Sakit Stella Maris Makassar didasarkan oleh Surat Izin Operasional Tetap Rumah Sakit Nomor: 11294/YANKES-2/XI/20B oleh Dinas Kesehatan. Status Rumah Sakit Stella Maris Makassar adalah swasta katolik dengan tipe rumah sakit umum tipe B.

Saat ini, di Rumah Sakit Stella Maris Makassar memiliki 16 jenis poli klinik yang meliputi Poli Interna, Poli Ginjal, Poli Jantung, Poli Anak, Poli Bedah, Poli THT, Poli Syaraf, Poli Mata, Poli Kulit dan Kelamin, Poli Gizi, Poli Paru, Poli

Jiwa, Poli Umum, Poli Rehabilitasi Medik, dan Poli Anastesi, 14 spesialis, dan terdapat +/- 221 tempat tidur, serta terdapat pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, 4 pelayanan penunjang medis meliputi, instalasi laboratorium, instalasi radiologi, instalasi farmasi, dan instalasi fisioterapi, pelayanan penunjang khusus meliputi, elektro encephalhalografi (EEG), elektro cardiografi (EKG), hemodialisa, exercise test, echo, ilaparoscopy, dan endoscopy, serta terdapat pula pelayanan medical *check up*.

Rumah Sakit Stella Maris Makassar memiliki visi dan misi sebagai berikut :

1. Visi:

Menjadi Rumah Sakit terbaik di Sulawesi Selatan, khususnya dibidang keperawatan dengan semangat cinta kasih Kristus kepada sesama.

2. Misi:

- a. Tetap memperhatikan golongan masyarakat lemah (option for the poor)
- b. Pelayanan dengan mutu keperawatan prima
- c. Pelayanan kesehatan dengan standar kedokteran yang mutakhir dan komprehensif
- d. Pelayanan kesejahteraan karyawan dan kinerjanya.

B. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 07 Agustus sampai 07 September 2017 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Penelitian dilakukan dengan tujuan untuk melihat gambaran budaya keselamatan pasien di unit rawat inap pada tenaga kesehatan khususnya perawat dan bidan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Data sekunder diperoleh dari bagian personalia dan keperawatan mengenai jumlah perawat

dan bidan, serta data infeksi nosokomial. Sedangkan data primer diperoleh langsung dari perawat dan bidan sebagai responden dengan cara mengisi lembar kuesioner yang dibagikan. Data yang telah terkumpul diolah dengan menggunakan program SPSS sesuai dengan tujuan penelitian, kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan analisis data.

1. Karakteristik Responden

a. Jenis Kelamin

Tabel 4.1
Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di
Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar Tahun 2017

Jenis Kelamin	Pekerjaan				Total	
	Perawat		Bidan		N	%
	n	%	n	%		
Laki-Laki	8	12.5	0	0	8	12.5
Perempuan	50	78.13	6	9.37	56	87.5
Total	58	90.63	6	9.37	64	100

Sumber: Data primer 2017

Berdasarkan tabel 4.1 distribusi frekuensi karakteristik responden di atas menunjukkan bahwa dari 64 responden diperoleh jenis kelamin perempuan sebanyak 56 (87.5%) responden yang terdiri dari perawat sebanyak 50 (78.13%) responden dan bidan sebanyak 6 (9.37%) responden, dan yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 8 (12.5%) responden dari perawat.

b. Umur

Tabel 4.2
Karakteristik Responden Berdasarkan Kelompok Umur di
Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar Tahun 2017

Umur	Pekerjaan				Total	
	Perawat		Bidan		N	%
	n	%	n	%		
21-30	32	50	5	7.81	37	57.81
31-40	18	28.13	1	1.56	19	29.69
>40	8	12.5	0	0	8	12.5
Total	58	90.63	6	9.37	64	100

Sumber: Data primer 2017

Berdasarkan tabel 4.2 distribusi frekuensi karakteristik responden di atas menunjukkan bahwa dari 64 responden, diperoleh kelompok umur responden terbanyak adalah 21-30 tahun sebanyak 37 (57.81%) responden yang terdiri dari perawat sebanyak 32 (50%) responden dan bidan sebanyak 5 (7.81%) responden, 31-40 tahun sebanyak 19 (29.69%) responden yang terdiri atas perawat 18 (28.13%) responden dan bidan sebanyak 1 (1.56%) responden, dan >40 tahun sebanyak 8 (12.5%) responden dari perawat.

c. Tingkat Pendidikan

Tabel 4.3
Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di
Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar Tahun 2017

Tingkat Pendidikan	Pekerjaan				Total	
	Perawat		Bidan		N	%
	n	%	n	%		
SLTA	3	4.7	0	0	3	4.7
D-3	30	46.87	1	1.56	31	48.43
S-1	25	39.06	5	7.81	30	46.87
Total	58	90.63	6	9.37	64	100

Sumber: Data primer 2017

Berdasarkan tabel 4.3 distribusi frekuensi karakteristik responden di atas menunjukkan bahwa dari 64 responden, diperoleh kelompok tingkat pendidikan terbanyak adalah D-3 sebanyak 31 (48.43%) responden yang terdiri dari perawat 30 (46.87%) responden dan bidan sebanyak 1 (1.56%) responden, S-1 sebanyak 30 (46.87%) responden yang terdiri atas perawat 25 (39.06%) dan bidan sebanyak 5 (7.81%) , dan SLTA sebanyak 3 (4.7%) responden dari perawat.

d. Masa Kerja

Tabel 4.4
Karakteristik Responden Berdasarkan Masa Kerja di Unit
Rawat Inap RS Stella Maris Makassar Tahun 2017

Masa Kerja	Pekerjaan				Total	
	Perawat		Bidan		N	%
	n	%	n	%		
< 5 Tahun	19	29.7	4	6.25	23	35.95
5-10 Tahun	25	39.06	1	1.56	26	40.62
>10 Tahun	14	21.87	1	1.56	15	23.43
Total	58	90.63	6	9.37	64	100

Sumber: Data primer 2017

Berdasarkan tabel 4.4 distribusi frekuensi karakteristik responden di atas menunjukkan bahwa dari 64 responden diperoleh masa kerja terbanyak adalah 5-10 tahun sebanyak 26 (40.62%) responden yang terdiri dari perawat sebanyak 25 (39.06%) responden dan bidan sebanyak 1 (1.56%) responden, <5 tahun sebanyak 23 (35.95%) responden yang terdiri dari perawat sebanyak 19 (29.7%) dan bidan sebanyak 4 (6.25%) responden, dan >10 tahun sebanyak 15 (23.43%) responden yang terdiri dari perawat sebanyak 14 (21.87%) dan bidan sebanyak 1 (1.56%) responden.

2. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi dan persentase dari variabel yang diteliti baik variabel independen maupun variabel dependen yang meliputi komitmen personal, pengetahuan keselamatan pasien, dan kompetensi perawat dan bidan mengenai keselamatan pasien.

a. Komitmen Personal

Tabel 4.5
Distribusi Responden Berdasarkan Komitmen Personal
di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar
Tahun 2017

Komitmen Personal	Baik		Kurang Baik		Total	
	n	%	n	%	N	%
Affective	48	75	16	25	64	100
Continuance	32	50	32	50	64	100
Normative	42	65.6	22	34.4	64	100

Sumber: Data primer 2017

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi komitmen *affective* responden yang dalam kategori kurang baik sebanyak 48 (75%) dan yang kurang baik sebanyak 16 (25%) responden, komitmen *continuance* yang kategori baik dan kurang baik sama besar yakni 32 (50%) responden, dan untuk komitmen *normative* sebesar 42 (65.6%) responden dalam kategori baik dan 22 (34.4%) responden dalam kategori kurang baik.

Tabel 4.6
Distribusi Komitmen Personal Responden Berdasarkan Pekerjaan
di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar Tahun 2017

Komitmen Personal	Pekerjaan				Total	
	Perawat		Bidan		N	%
	n	%	n	%		
Baik	38	59.38	6	9.37	44	68.75
Kurang Baik	20	31.25	0	0	20	31.25
Total	58	90.63	6	9.37	64	100

Sumber: Data primer 2017

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi dari 64 tenaga kesehatan yang dijadikan responden dalam penelitian ini diperoleh yang memiliki komitmen personal terbanyak berada dalam kategori baik sebanyak 44 (68.8%) responden yang terdiri dari perawat 38 (59.38%) responden dan bidan sebanyak 6 (9.37) responden, dan kategori kurang baik sebanyak 20 (31.2%) responden dari perawat.

b. Pengetahuan Keselamatan Pasien

Tabel 4.7
Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Keselamatan Pasien
di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar Tahun 2017

Pengetahuan	Baik		Kurang Baik		Total	
	n	%	n	%	N	%
Ketepatan identifikasi pasien	64	100	0	0	64	100
Peningkatan komunikasi efektif	64	100	0	0	64	100
Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai	51	79.7	13	20.3	64	100
Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi	64	100	0	0	64	100
Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan	63	98.4	1	1.6	64	100
Pengurangan risiko pasien jatuh di RS	64	100	0	0	64	100

Sumber: Data primer 2017

Berdasarkan tabel 4.7 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi pengetahuan responden mengenai ketepatan identifikasi pasien semua (100%) responden berada dalam kategori baik. Peningkatan komunikasi efektif semua (100%) responden berada dalam kategori baik. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai yang dalam kategori baik sebesar 51 (79.7%) responden dan kategori kurang baik sebesar 13 (20.3%) responden. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi semua (100%) responden berada dalam kategori baik. Pengurangan risiko terkait infeksi dalam kategori baik sebesar 63 (98.4%) responden dan kategori kurang baik sebesar 1 (1.6%) responden. Pengurangan risiko pasien jatuh secara keseluruhan (100%) responden berada dalam kategori baik.

Tabel 4.8
Distribusi Pengetahuan Keselamatan Pasien Responden
Berdasarkan Pekerjaan di Unit Rawat Inap
RS Stella Maris Makassar Tahun 2017

Pengetahuan Keselamatan Pasien	Pekerjaan				Total	
	Perawat		Bidan		N	%
	n	%	n	%		
Baik	58	90.63	6	9.37	64	100
Total	58	90.63	6	9.37	64	100

Sumber: Data primer 2017

Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi dari 64 tenaga kesehatan yang dijadikan responden dalam penelitian ini diperoleh semua responden yang berjumlah 64 (100%) responden memiliki pengetahuan yang baik mengenai keselamatan pasien yang terdiri dari 58 (90.63%) perawat dan 6 (9.37%) bidan.

c. Kompetensi

Tabel 4.9
Distribusi Responden Berdasarkan Kompetensi
di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar
Tahun 2017

Kompetensi	Baik		Kurang Baik		Total	
	n	%	n	%	N	%
Ketepatan identifikasi pasien	64	100	0	0	64	100
Peningkatan komunikasi efektif	61	95.3	3	4.7	64	100
Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai	64	100	0	0	64	100
Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi	63	98.4	1	1.6	64	100
Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan	64	100	0	0	64	100
Pengurangan risiko pasien jatuh di RS	64	100	0	0	64	100

Sumber: Data primer 2017

Berdasarkan tabel 4.9 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi kompetensi responden mengenai ketepatan identifikasi pasien semua (100%) responden berada dalam kategori baik. Peningkatan komunikasi efektif yang dalam kategori baik sebesar 61 (95.3%) responden dan kategori kurang baik sebesar 3 (4.7%) responden. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai semua (100%) responden berada dalam kategori baik. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi yang dalam kategori baik sebesar 63 (98.4%) responden dan kategori kurang baik sebesar 1 (1.6%) responden. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan semua (100%) responden berada dalam kategori baik. Pengurangan risiko pasien jatuh semua (100%) responden berada dalam kategori baik.

Tabel 4.10
Distribusi Kompetensi Responden Berdasarkan Pekerjaan
di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar
Tahun 2017

Kompetensi	Pekerjaan				Total	
	Perawat		Bidan		N	%
	n	%	n	%		
Baik	58	90.63	6	9.37	64	100
Total	58	90.63	6	9.37	64	100

Sumber: Data primer 2017

Berdasarkan tabel 4.10 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi secara keseluruhan dari 64 tenaga kesehatan yang dijadikan responden dalam penelitian ini diperoleh semua responden yang berjumlah 64 (100%) responden memiliki kompetensi yang baik yang terdiri dari 58 (90.63%) perawat dan 6 (9.37%) bidan.

d. Budaya Keselamatan Pasien

Tabel 4.11
Distribusi Responden Berdasarkan Budaya Keselamatan Pasien
di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar Tahun 2017

Budaya Keselamatan Pasien	Baik		Kurang Baik		Total	
	n	%	n	%	N	%
Komitmen personal	44	68.8	20	31.2	64	100
Pengetahuan keselamatan pasien	64	100	0	0	64	100
Kompetensi	64	100	0	0	64	100

Sumber: Data primer 2017

Berdasarkan tabel 4.11 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi responden yang memiliki budaya keselamatan pasien jika dilihat dari segi komitmen personal yang dalam kategori baik sebesar 44 (68.8%) responden dan yang kurang baik sebesar 20 (31.2%). Dari segi pengetahuan keselamatan pasien semua 64 (100%)

responden memiliki pengetahuan yang baik dan dari segi kompetensi semua 64 (100%) responden dalam kategori baik.

Tabel 4.12
Distribusi Budaya Keselamatan Pasien Responden
Berdasarkan Pekerjaan di Unit Rawat Inap
RS Stella Maris Makassar Tahun 2017

Budaya Keselamatan Pasien	Pekerjaan				Total	
	Perawat		Bidan		N	%
	n	%	n	%		
Baik	58	90.63	6	9.37	64	100
Total	58	90.63	6	9.37	64	100

Sumber: Data primer 2017

Berdasarkan tabel 4.12 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi secara keseluruhan dari 64 tenaga kesehatan yang dijadikan responden dalam penelitian ini diperoleh semua responden yang berjumlah 64 (100%) responden memiliki budaya keselamatan pasien yang baik yang terdiri dari 58 (90.63%) perawat dan 6 (9.37%) bidan.

C. Pembahasan

Pasca penelitian mengenai gambaran budaya keselamatan pasien di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar, telah dilakukan analisis data yang selanjutnya hasil penelitian tersebut akan ditelaah dan dibahas berdasarkan landasan teori yang relevan.

1. **Gambaran Komitmen Personal Perawat dan Bidan di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar**

Menurut Spector (2000, dalam Setiawati), terdapat banyak definisi yang berbeda mengenai komitmen, namun seluruhnya melibatkan keterikatan individu terhadap pekerjaannya. Komitmen kerja merupakan sebuah variabel yang mencerminkan derajat hubungan yang dianggap dimiliki oleh individu terhadap pekerjaan tertentu dalam organisasi.

Komitmen personal adalah keterikatan individu dalam pekerjaannya, dan ketidaksediaannya untuk meninggalkan pekerjaannya dalam organisasi. Komitmen sangat diperlukan dalam setiap individu, hal ini dikarenakan agar mereka dapat meningkatkan jasa dan produk yang mereka hasilkan dan organisasi tempat mereka bekerja juga dapat terus bertahan.

Greenberg dan Baron (1982) karyawan dengan komitmen organisasi yang tinggi adalah karyawan yang lebih produktif dan itu menguntungkan untuk organisasi. Selain itu Mowday, Porter, dan Steers (1982) menyatakan karyawan dengan komitmen tinggi akan termotivasi untuk hadir dalam organisasi dan berusaha mencapai tujuan organisasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi frekuensi mayoritas komitmen personal perawat dan bidan di unit rawat inap RS Stella Maris Makassar secara keseluruhan berada dalam kategori baik sebanyak 44 (68.8%) responden dan kurang baik sebanyak 20 (31.2%). Setelah dianalisis lebih lanjut, dari 20 responden yang termasuk dalam kategori kurang baik, ada yang kurang baik dari segi komitmen *affective* sebesar 16 (25%) responden, dari segi komitmen *continuance* sebesar 32 (50%) responden, dan dari segi komitmen *normative* sebesar 22 (34.4%) responden.

Terdapatnya responden yang memiliki komitmen personal yang baik dapat dipengaruhi oleh masa kerja, jenis kelamin, umur, dan tingkat pendidikan. Semakin lama masa kerja seseorang, maka semakin banyak pengetahuan dan keterampilan yang didapatkan dan pengalaman kerjanya pun bertambah. Hal ini dapat menunjang kompetensi orang tersebut dalam melakukan pekerjaannya. Selain itu, masa kerja yang lama juga dapat menunjukkan bahwa seseorang tersebut nyaman bekerja di tempat kerja yang ia tempati saat ini, dan juga menunjukkan bahwa ia memiliki komitmen yang baik terhadap tempat ia bekerja. Dari hasil analisis karakteristik responden juga menunjukkan memiliki komitmen yang baik dari kategori masa kerja <5 tahun, terdapat 16 (69.56%) responden dari 23 responden, masa kerja 5-10 tahun terdapat 17 (65.38%) dari 26 responden dan masa kerja > 10 tahun terdapat 11 (73.33%) responden dari 15 responden.

Dyne dan Graham (2005, dalam Agung 2015) menyatakan jenis kelamin mempengaruhi komitmen organisasi karena pada umumnya perempuan menghadapi tantangan lebih besar untuk mencapai karirnya, menyebabkan komitmennya lebih tinggi terhadap tempat ia bekerja. Teori ini menjelaskan mengapa komitmen personal responden sebagian besar dalam kategori baik, karena dari hasil analisis karakteristik responden dari kategori jenis kelamin diperoleh jenis kelamin perempuan sebanyak 56 (87.5%) responden dan 8 (12.5%) responden dari laki-laki. Dari 56 responden perempuan, yang memiliki komitmen baik sebesar 37 (66.07%) responden dan dari 8 responden laki-laki terdapat 7 (87.5%) responden yang memiliki komitmen baik.

Usia karyawan mempengaruhi komitmen seorang karyawan terhadap tempat kerjanya. Robbins (2003, dalam Agung 2015) menyatakan bahwa semakin tua usia pegawai, semakin tinggi komitmennya terhadap tempat ia bekerja, hal ini disebabkan

oleh kesempatan individu untuk mendapatkan pekerjaan lain menjadi lebih terbatas dikarenakan umur yang semakin bertambah. Dari hasil analisis yang telah dilakukan, diperoleh data sebagian besar responden berada dalam kategori umur 21-30 tahun sebesar 37 (57.81%) responden, untuk kategori 31-40 tahun sebesar 19 (29.7%) responden dan terendah adalah kategori umur >40 tahun yakni sebesar 8 (12.5%) responden. Setelah dianalisis lebih lanjut, untuk kategori umur 21-30 tahun yang memiliki komitmen baik sebesar 25 (67.57%) responden dan yang memiliki komitmen kurang baik sebesar 12 (32.43%), untuk kategori 31-40 tahun sebesar 12 (63.16%) responden yang memiliki komitmen baik dan 7 (36.84%) responden memiliki komitmen kurang baik dan untuk kategori > 40 tahun sebesar 7 (87.5%) responden yang memiliki komitmen baik dan 1 (12.5%) responden yang memiliki komitmen kurang baik.

Mathieu dan Zajac (1990, dalam Agung 2015) mengemukakan bahwa tingkat pendidikan memiliki hubungan negatif kecil dengan komitmen individu terhadap tempat kerjanya. Hal ini disebabkan semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin tinggi pula harapannya sehingga tidak mungkin dipenuhi oleh organisasi, akibatnya semakin rendah komitmen karyawan pada tempat ia bekerja. Dari hasil analisis yang telah dilakukan, diperoleh data sebagian besar responden berada dalam tingkat pendidikan D-3 sebesar 31 (48.43%) responden, S-1 sebesar 30 (46.87%) responden dan terendah adalah tingkat SLTA yakni sebesar 3 (4.7%) responden. Setelah dianalisis lebih lanjut, yang memiliki komitmen baik untuk tingkat SLTA semua 3 (100%) responden dalam kategori baik, untuk tingkat D-3 sebesar 18 (58.06%) responden dan 13 (41.94%) responden dalam kategori kurang

baik, dan untuk tingkat S-1 dalam kategori baik sebesar 23 (76.67%) responden dan sebanyak 7 (23.33%) responden dalam kategori kurang baik.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Agung (2015) bahwa karakteristik individu berpengaruh secara signifikan terhadap komitmen organisasi. Penelitian lain di PT. Tidar Kerinci Agung Solok Selatan tahun 2016 yang dilakukan oleh Yulanda (2016) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara komitmen dengan *safety behavior*. Penelitian yang dilakukan oleh Menik (2015) juga mengemukakan bahwa terdapat hubungan antara komitmen kerja dengan penerapan keselamatan pasien di ruang perawatan intensif RSUP Sanglah Denpasar, dimana perawat yang memiliki komitmen kerja kurang berpotensi 25 kali penerapan keselamatan pasiennya juga kurang.

Menurut Bangun (2012:312) dalam Dini (2016) semakin tinggi komitmen organisasi dan baik kemampuan kerja seorang karyawan, maka berdampak pada pencapaian kinerja karyawan yang tinggi. Hal ini sesuai dengan pendapat Sopiah (2008) dalam Artini (2016) bahwa karyawan yang mempunyai komitmen tinggi akan selalu berpihak dan memberikan yang terbaik kepada organisasi.

2. Gambaran Pengetahuan Keselamatan Pasien Perawat dan Bidan di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar

Menurut Purwanto (1990 dalam Natsir, 2014) pengetahuan merupakan salah satu faktor yang menyebabkan individu berbuat atau bertindak. Pengetahuan merupakan hal yang dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dengan demikian perbuatan atau tingkah laku seseorang dapat terjadi menurut apa yang diketahui dan diyakini sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki.

Dari pengalaman beberapa penelitian ternyata tindakan yang tidak didasari pengetahuan yang baik, tidak akan menghasilkan yang baik (Notoadmojo, 2007 dalam Cintya 2013).

Hasil penelitian yang diperoleh pada tabel 4.8 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi pengetahuan perawat dan bidan di ruang rawat inap RS Stella Maris Makassar secara keseluruhan berada pada kategori baik yakni 64 (100%) responden. Dan pada tabel 4.7, dilihat dari ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi efektif, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi, serta pengurangan risiko pasien jatuh di RS berada dalam kategori baik sebanyak 64 (100%) responden, dan untuk kategori peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai terdapat 51 (79.7%) responden berpengetahuan baik dan 13 (29.3%) responden berpengetahuan kurang baik dan untuk pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan yang berpengetahuan baik sebesar 63 (98.4%) responden dan berpengetahuan kurang baik sebesar 1 (1.6%) responden.

Dari hasil data primer yang didapatkan, terdapat perbedaan hasil gambaran antara tabel 4.7 yang melihat pengetahuan keselamatan pasien responden secara per poin dengan tabel 4.8 yang memperlihatkan pengetahuan keselamatan pasien responden secara keseluruhan. Dari hasil tersebut diketahui faktor yang masih lemah berada pada poin peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai dan pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan, hal ini menjelaskan bahwa penyebab masih tingginya angka kejadian infeksi nosokomial di RS Stella Maris karena masih adanya perawat yang memiliki pengetahuan kurang dalam pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan. Masih terdapatnya poin pengetahuan keselamatan pasien yang lemah menunjukkan kurangnya pemahaman terhadap ilmu keselamatan pasien untuk

mencegah terjadinya KTD, KNC maupun kejadian sentinel. Pelatihan dan sosialisasi yang diberikan tidak merata ke semua tenaga medis khususnya perawat dan bidan, yang dikarenakan waktu sosialisasi bertepatan dengan jam kerja. Selain itu, ilmu mengenai keselamatan pasien yang dimiliki tidak direpetisi dalam bentuk penerapan atau ilmu yang dimiliki tidak diperbaharui atau tidak didalami setelah membaca info yang berkaitan dengan keselamatan pasien.

Adapun responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik disebabkan karena mayoritas tingkat pendidikan responden lulusan D-3 sebanyak 31 (48.4%) responden dan S-1 sebanyak 30 (46.9%) responden. Pengetahuan erat kaitannya dengan pendidikan, dengan pendidikan tinggi maka individu akan semakin luas pengetahuannya (Notoatmodjo, 2012 dalam Saifullah 2015).

Menurut Mubarak (2007) ada tujuh faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu pendidikan, pekerjaan, umur, minat, pengalaman, kebudayaan, dan informasi (dalam Saifullah 2015). Peneliti berasumsi bahwa diperlukan pendidikan berkelanjutan bagi perawat dan bidan dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan keterampilan. Walaupun sebagian besar pendidikan perawat dan bidan adalah D-3 dan S-1 keperawatan dan kebidanan, tingkat pengetahuan responden sebagian besar dalam kategori baik. Hal ini dikarenakan perawat dan bidan sering diberikan sosialisasi oleh tim *patient safety* mengenai keselamatan pasien dan diawasi langsung oleh tim tersebut.

Selain itu masa kerja juga turut mempengaruhi pengetahuan. Semakin lama seseorang bekerja, maka keterampilan dan pengalamannya juga semakin meningkat (Robbins & Judge, 2008 dalam Saifullah 2015). Peneliti berpendapat bahwa perawat dan bidan senior lebih berpengalaman dan memiliki keterampilan yang lebih dalam

menangani pasien. Variasi dalam pengalaman kerja mendorong perawat dan bidan untuk bertukar pendapat baik ilmu maupun keterampilan dalam penanganan pasien, sehingga perawat dan bidan yang memiliki masa kerja lebih lama dapat memberi masukan pada perawat dan bidan yang masih baru, sebaliknya perawat dan bidan yang baru dapat memberikan masukan kepada perawat dan bidan senior tentang perkembangan terkini dalam penanganan pasien.

Hasil penelitian ini, sejalan dengan penelitian Saifullah (2015) bahwa perawat yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik cenderung melakukan tindakan manajemen nyeri dengan baik. Penelitian yang dilakukan oleh Purnawati (2015) juga mengemukakan bahwa pengetahuan memiliki hubungan yang bermakna terhadap manajemen budaya K3.

Dalam penelitian Widodo (2010) menunjukkan bahwa pengetahuan sangat mempengaruhi perawat dalam melakukan tugasnya. Seiring dengan bertambahnya lama kerja yang telah dijalani oleh perawat akan membentuk pengalaman kerja sehingga akan mampu meningkatkan pengetahuan dan kompetensi dalam melaksanakan tugasnya (dalam Saifullah 2015).

3. Gambaran Kompetensi Perawat dan Bidan di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar

Kompetensi dapat diterjemahkan kedalam suatu tindakan atau kegiatan yang tepat untuk mencapai hasil kinerja, salah satunya adalah kompetensi yang dilakukan oleh perawat di unit rawat inap sebuah rumah sakit. Kompetensi merupakan prasyarat minimal yang harus dimiliki oleh perawat dan bidan. Kompetensi mencakup aspek pengetahuan, keterampilan, dan sikap kerja.

Menurut Mc. Ahsan (1981:45) yang dikutip oleh Syarif (2015) mengemukakan bahwa kompetensi diartikan sebagai pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan yang dikuasai oleh seseorang yang telah menjadi bagian dari dirinya, sehingga ia dapat melakukan perilaku kognitif, afektif, dan psikomotorik dengan sebaik-baiknya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi frekuensi kompetensi perawat dan bidan yang bekerja di ruang rawat inap RS Stella Maris Makassar secara keseluruhan berada pada kategori baik yakni 64 (100%) responden. Dilihat dari ketepatan identifikasi pasien, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan, serta pengurangan risiko pasien jatuh di RS berada dalam kategori baik sebanyak 64 (100%) responden, dan untuk kategori peningkatan komunikasi efektif terdapat 61 (95.3%) responden berkompetensi baik dan 3 (4.7%) responden berkemampuan kurang baik dan untuk kategori kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi terdapat 63 (98.4%) responden berkompetensi baik dan 1 (1.6%) responden berkemampuan kurang baik.

Dari hasil data primer yang didapatkan, terdapat perbedaan hasil gambaran antara tabel 4.9 yang melihat kompetensi responden secara per poin dengan tabel 4.10 yang memperlihatkan kompetensi responden secara keseluruhan. Dari hasil tersebut diketahui faktor yang masih lemah berada pada poin peningkatan komunikasi efektif dan kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien tepat operasi. Lemahnya pada kedua poin tersebut, tidak sejalan dengan pengetahuan yang dimiliki yang dapat dilihat pada tabel 4.7, dimana kedua poin tersebut semua responden memiliki pengetahuan yang baik. Tidak sejalannya pengetahuan dengan kompetensi menunjukkan bahwa ada beberapa tenaga medis diantara perawat dan bidan yang

tidak cakap menerapkan pengetahuan yang dimilikinya saat bekerja, hal ini ditunjang dengan tidak terbiasa dalam menerapkannya atau belum pernah mendapati tugas yang menuntut untuk menerapkan kedua poin tersebut.

Adapun responden yang memiliki kemampuan yang baik, dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan perawat dan bidan yang baik mengenai beberapa komponen keselamatan pasien di atas. Sesuai dengan penelitian Widodo (2010) dalam Saifullah (2015) yang menunjukkan bahwa pengetahuan sangat mempengaruhi perawat dalam melakukan tugasnya. Dalam penelitian lain Sinarta (2014) mengemukakan terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan kemampuan perawat dengan penerapan standar JCI tentang keselamatan pasien.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori Sofo (1999) dalam Syarif (2015) yang mengatakan kompetensi tidak hanya mengandung pengetahuan, keterampilan, dan sikap, namun yang penting adalah penerapan dari pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang diperlukan dalam pekerjaan. Hal ini menunjukkan bahwa kompetensi dipengaruhi oleh pengetahuan, keterampilan, dan sikap individu dalam melakukan pekerjaannya.

Dari pendapat Sofo di atas, ikut menjelaskan mengapa terdapat tiga responden memiliki kemampuan kurang baik dalam hal peningkatan komunikasi efektif dan satu responden memiliki kemampuan kurang baik dalam hal kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi, padahal jika dilihat dari data primer pengetahuan ditabel sebelumnya, menunjukkan semua responden dalam kategori tersebut berpengetahuan yang baik, hal ini disebabkan karena keempat responden tersebut tidak mampu untuk menerapkan pengetahuan yang dimilikinya saat bertugas, yang

juga dipengaruhi karena tidak terbiasa dalam melakukan komunikasi efektif, memastikan tepat lokasi, prosedur dan pasien antar sesama petugas paramedis.

Dalam agama Islam, Allah swt menyuruh umatnya untuk bekerja sesuai dengan kompetensinya. Hal ini terdapat dalam firman Allah dalam QS. Al-An'am/6 :135

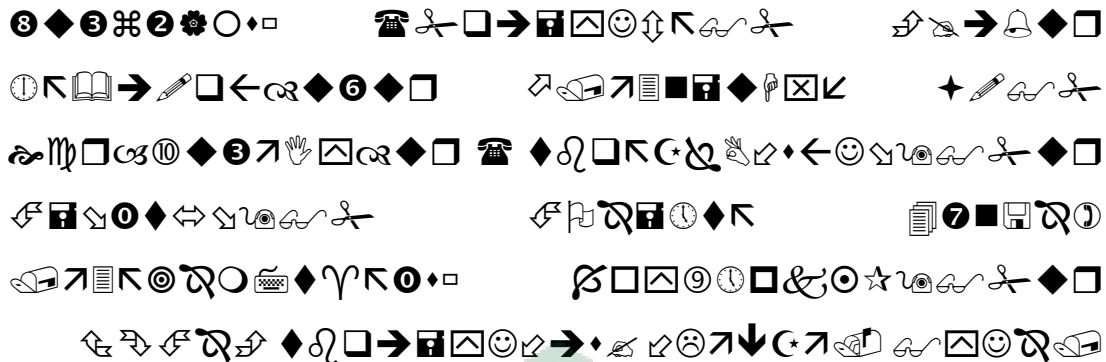


Terjemahnya :

"Katakanlah: "Hai kaumku, berbuatlah sepenuh kemampuanmu, Sesungguhnya akupun berbuat (pula). kelak kamu akan mengetahui, siapakah (di antara kita) yang akan memperoleh hasil yang baik di dunia ini. Sesungguhnya orang-orang yang zalim itu tidak akan mendapatkan keberuntungan. "(Kementrian Agama RI 2013)

Dalam surah di atas Allah menyeru kepada umatnya untuk berbuat sesuai dengan kemampuannya, karena Allah SWT pun berbuat demikian. Karena suatu saat jika kita berbuat sesuatu yang baik sesuai dengan kemampuan yang kita miliki, kita akan memperoleh keberuntungan dan hasil yang baik di dunia. Begitupun dalam bekerja, kita harus mengerahkan seluruh kompetensi yang kita miliki untuk mendapatkan hasil yang baik nantinya.

Dalam surah lain, Allah swt menyuruh umatnya untuk bekerja dengan penuh tanggung jawab yang terdapat dalam QS. At-Taubah/9: 105



Terjemahnya:

" Dan Katakanlah: "Bekerjalah kamu, Maka Allah dan rasul-Nya serta orang-orang mukmin akan melihat pekerjaanmu itu, dan kamu akan dikembalikan kepada (Allah) yang mengetahui akan yang ghaib dan yang nyata, lalu diberitakan-Nya kepada kamu apa yang telah kamu kerjakan."(Kementrian Agama RI 2013)

Isi kandungan surah di atas adalah, Allah swt dan rasulnya berserta orang-orang mukmin akan melihat pekerjaan yang kita lakukan, sehingga kita wajib bekerja dengan rasa penuh tanggung jawab, karena sesungguhnya Allah swt maha melihat dan maha mengetahui apa yang kita kerjakan.

Jadi sudah seharusnya baik perawat maupun bidan dalam melaksanakan tugasnya, wajib bekerja sebaik mungkin sesuai dengan kompetensi yang dimiliki disertai dengan rasa penuh tanggung jawab agar pekerjaan yang dilakukan menghasilkan yang terbaik dan tidak sia-sia.

4. Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar

Budaya keselamatan pasien menurut Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2004) adalah produk dari individu dan kelompok yang merupakan

nilai dari sikap, persepsi, kompetensi, dan perilaku yang menimbulkan komitmen dan pola dari suatu manajemen kesehatan mengenai keselamatan pasien.

Secara sederhana, budaya keselamatan pasien adalah hasil karya, rasa, dan cipta dari aspek personal yang dibangun oleh pengetahuan keselamatan pasien, kompetensi dan komitmen personal.

Sutker (2008) mengatakan budaya keselamatan pasien adalah wajib dan seluruh pegawai bertanggung jawab terhadap keselamatan diri mereka sendiri, pasien, dan pengunjung. Pada penelitian ini, peneliti hanya mengambil sampel pada petugas kesehatan yaitu perawat dan bidan.

Hasil penelitian distribusi frekuensi budaya keselamatan pasien di unit rawat inap RS Stella Maris Makassar secara keseluruhan berada pada kategori baik yakni 64 (100%) responden. Dilihat dari segi komitmen personal yang dalam kategori baik sebesar 44 (68.8%) responden dan yang kurang baik sebesar 20 (31.2%). Dari segi pengetahuan keselamatan pasien dan dari segi kompetensi 64 (100%) responden dalam kategori baik.

Adapun yang mempengaruhi ketiga komponen budaya tersebut sebagian besar berada dalam kategori baik, karena adanya dukungan manajemen dan pimpinan RS Stella Maris dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien yang dapat dilihat dari dibentuknya tim *patient safety* untuk menangani *patient safety* dan tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Kedua tim ini menugaskan anggotanya setiap hari untuk turun langsung memasuki setiap ruangan yang ada di rumah sakit Stella Maris Makassar untuk memeriksa adanya risiko terkait keselamatan pasien dan melihat langsung penerapan *patient safety* yang dilakukan oleh tim medis dan non medis.

Disediakan APD (alat pelindung diri) bagi perawat dan bidan yang berguna melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS, dan dilakukannya pencatatan dan pelaporan infeksi terkait pelayanan yang dilakukan setiap hari.

Selain itu diadakan pula pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan keselamatan pasien yang dilaksanakan dua kali dalam setahun yang diikuti oleh perwakilan dari tim anggota *patient safety* yang nantinya akan mentransfer ilmunya dengan cara mensosialisasikannya kembali dengan para perawat dan bidan secara bertahap yang dilakukan setiap tiga bulan sekali dan juga diberikan pada setiap pegawai baru yang masuk dan mengawasi langsung penerapannya, serta diterapkannya standar operasional prosedur mengenai keselamatan pasien yang telah sesuai dengan UU No. 1691 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Rachmawati (2011) dalam Fadhilah (2013) yang mengemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien diantaranya dapat dilihat dari tingkat manajemen yaitu keterlibatan manajemen dalam keselamatan pasien.

Dalam penelitian Faradina (2014) mengemukakan budaya keselamatan pasien tergolong positif jika terdapat respon positif manajemen dalam mendukung keselamatan pasien.

Hasil penelitian yang menunjukkan budaya keselamatan pasien responden yang terdiri dari perawat dan bidan 100% dalam kategori baik, dikarenakan setiap tenaga medis dilibatkan langsung dalam kegiatan keselamatan pasien yang dilakukan sehingga setiap pekerja aktif dalam kegiatan tersebut, yang secara langsung ikut mendukung dan membantu mewujudkan secara nyata tujuan keselamatan pasien yang

ingin dicapai oleh rumah sakit, menjalankan dan melaksanakan kegiatan dengan cara yang aman, misalnya menggunakan APD berupa memakai *handscoon* (sarung tangan) saat mengambil sampel darah pasien. Lingkungan kerja juga turut mempengaruhi budaya keselamatan para perawat dan bidan, seperti tingginya pengawasan yang dilakukan oleh tim *patient safety* terhadap penatalaksanaan asuhan keperawatan dan kebidanan yang dilakukan oleh perawat dan bidan, serta berusaha untuk saling mengingatkan akan bahaya keselamatan pasien (Ramli, 2010 dalam Zain dan Erwin 2013).

Semakin banyak keterlibatan tenaga medis dalam K3, khususnya keselamatan pasien, maka akan menciptakan perasaan saling memiliki, memahami dan menghayati manfaat dari keselamatan pasien itu sendiri.

Selain itu, upaya pendidikan yang ditempuh oleh perawat dan bidan yang dapat dilihat dari analisis karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan yang menunjukkan sebagian besar telah menempuh tingkat pendidikan D-3 sebanyak 30 (46.87%) responden dari perawat dan bidan sebanyak 1 (1.56%) responden, dan tingkat S-1 sebanyak 25 (39.06%) responden dan 5 (7.81%) responden dari bidan. Pelatihan serta sosialisasi yang dilakukan oleh pihak rumah sakit kepada tenaga medis khususnya perawat dan bidan turut memberikan sumbangsih untuk menambah dan memantapkan pengetahuan dan kompetensi mereka, dimana pelatihan dilaksanakan sebanyak dua kali dalam setahun dan sosialisasi oleh tim *patient safety* yang dilakukan per tiga bulan sekali.

Dalam naskah publikasi *International Nuclear Safety Advisory Group* (INSAG-4) tahun 2004, menjelaskan bahwa untuk semua jenis kegiatan, baik

organisasi maupun individu pada semua tingkatan, perhatian terhadap keselamatan mencakup berbagai unsur :

- a. Kepedulian individu terhadap pentingnya keselamatan
- b. Pengetahuan dan kompetensi, yang diperoleh melalui pelatihan, instruksi personil maupun belajar sendiri.
- c. Komitmen memprioritaskan keselamatan
- d. Motivasi melalui kepemimpinan, penetapan tujuan dan sistem penghargaan dan sanksi, dan melalui sikap individu yang timbul dengan sendirinya.
- e. Supervisi.
- f. Tanggung jawab.

Budaya keselamatan pasien yang terdiri dari beberapa faktor tidak dapat berdiri sendiri melainkan faktor yang satu dengan yang lain saling mempengaruhi. Penerapan budaya keselamatan pasien dikatakan berhasil apabila semua elemen yang ada di dalam rumah sakit menerapkan budaya keselamatan pasien dalam pekerjaannya sehari-hari.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan dari penelitian mengenai gambaran budaya keselamatan pasien di unit rawat inap RS Stella Maris Makassar, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Gambaran budaya keselamatan pasien di unit rawat inap RS Stella Maris Makassar tergolong baik ditinjau dari segi komitmen, pengetahuan keselamatan pasien dan kompetensi dalam penerapan keselamatan pasien.
2. Gambaran komitmen personal perawat dan bidan secara keseluruhan dari sampel yang bekerja di unit rawat inap RS Stella Maris Makassar sebagian besar tergolong baik yakni sebesar 68.8%.
3. Gambaran pengetahuan keselamatan pasien secara keseluruhan dari sampel yang bekerja di unit rawat inap RS Stella Maris Makassar semua responden tergolong baik sebesar 100%.
4. Gambaran kompetensi perawat dan bidan secara keseluruhan dari sampel yang bekerja di unit rawat inap RS Stella Maris Makassar dalam menerapkan asuhan keperawatan yang sesuai dengan sasaran keselamatan pasien semua tergolong baik sebesar 100%.

B. Saran

1. RS Stella Maris diharapkan dapat meningkatkan dan mengembangkan lebih lanjut program *patient safety* yang telah berjalan dan memelihara budaya keselamatan pasien yang ada.

2. Untuk meningkatkan dan menyinkronkan pengetahuan dan kompetensi perawat dan bidan, disarankan untuk melakukan pelatihan secara lebih sering dan melibatkan semua perawat dan bidan yang ada, serta dilakukannya rotasi kerja agar setiap perawat dan bidan mampu untuk menerapkan pengetahuannya dalam situasi apapun.
3. Diharapkan pada peneliti selanjutnya, agar tidak hanya mengambil perawat dan bidan sebagai sampel, akan tetapi juga mengambil sampel pada tenaga medis dokter, farmasi, laboratorium, dan tenaga non-medis yang ada di rumah sakit agar hasil penelitian yang dilakukan lebih akurat serta juga mengambil variabel lain selain variabel dalam penelitian ini.



DAFTAR PUSTAKA

- Adryani, Resty. "Kualitas Pelayanan Keperawatan Pada Pasien Rawat Inap RSUD Daya Makassar". *Skripsi*. Makassar: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar. <http://repository.uin-alauddin.ac.id>. 2012.
- Agung, Ngurah Guruh Saputra. "Pengaruh Karakteristik Individu Terhadap Komitmen Organisasi Karyawan Aditya Beach Resort Lovina Singaraja Tahun 2014". *Jurnal* Vol. 5 No. 1 Tahun 2015.
- Ahsan, dkk. 2013. "Penurunan Insiden Infeksi Nosokomial Pasien Pasca *Seccio Caesarea* di Rumah Sakit Melalui Pelatihan Asuhan Keperawatan Berbasis *Knowledge Management*". *Jurnal Ners* Vol. 8 No. 2 hal. 202-210.
- Allen, N. J. & Meyer, J. P.. 1993. Organizational commitment: Evidence of career stage effects? *Journal of Business Research*, 26, 49-61
- Alimuddin, Firman. "Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di RSUD Tarakan Tahun 2010 (Penelitian Kualitatif)". *Skripsi*. Makassar: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar. <http://repository.uin-alauddin.ac.id>. 2010.
- Ariyani. "Analisis Pengetahuan dan Motivasi Perawat yang Mempengaruhi Sikap Mendukung Penerapan Program *Patient Safety* di Instalasi Perawatan Intensif RSUD DR Moewardi Surakarta tahun 2008". *Tesis*. Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang. 2009.
- Budiardjo, Andreas. "Pentingnya Safety Culture di Rumah Sakit : Upaya Meminimalkan Advers Event". *Jurnal Manajemen Bisnis* Vol. 1 No. 1 Mei 2008.
- Contoh Kasus Teknik Stratified Random. <http://www.portal-statistik.com/2014/02/contoh-kasus-teknik-stratified-random.html?m=1> (diakses pada tanggal 13 Juni 2017 pukul 07:17)
- Cooper Dominic. 2002. *Manajemen Safety Culture A Model for Understanding & Quantifying a Difficult Concept*. <http://www.asse.org>.
- Cooper, Jeffrey. 2000. *Towards a Model of Safety Culture*. *Safety Science* 36 (2000) 111-136.
- Departemen Agama RI. Al-Qur'an dan Terjemahannya. Bandung. Diponegoro. 2006.
- Departemen Kesehatan RI. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety). Jakarta: DepKes, 2006.

Department of Health & Children. *Building a Culture of Patient Safety*. Ireland. 2008

Dwi, Mardika Setiyani dkk. 2016. "Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Tanggerang". Jurnal. JKFT Edisi No. 2.

Elrifda, Solha. 2011. *Budaya Patient Safety dan Karakteristik Kesalahan Pelayanan Implikasi Kebijakan*. Artikel penelitian. <http://media.neliti.com>.

Faradilla Arnes. 2015. "Penentuan Instrumen Persepsi Iklim Keselamatan Berdasarkan Kepuasan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit". Jurnal. ISSN: 2337-4349.

Fauzi, Neila, dkk. 2015. "Pengaruh Faktor Individu, Organisasi, dan Perilaku terhadap Kepatuhan Perawat dalam Melaksanakan *Hand Hygiene* di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Tk. II Dr. Soepraoen Malang". Jurnal Aplikasi Manajemen Vol. 13 No. 4. ISSN: 169-5241.

Gusti, I Agung Ayu. "Hubungan Faktor Individu dan Budaya Organisasi dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Ganesha Gianyar". *Tesis*. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana, Universitas Udayana Denpasar. 2015.

Ilyas, Muhammad Ismail. 2015. *Metodologi Penelitian Pendidikan Dasar-Dasar, Teknik, dan Prosedur*. Makassar: Alauddin University Press.

International Patient Safety Goals
<http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/> (diakses pada tanggal 6 Juni 2017 pukul 09:57)

Kanan, Imanuel Lorens, dkk. "Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Islam Faisal". *Skripsi*. Makassar: Fakultas Kesehatan Masyarakat universitas Hasanuddin. 2015.

Kementrian Kesehatan RI. 2015. InfoDATIN Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI Situasi Kesehatan Kerja.

Komitmen Organisasional. <http://fandiprasetiyo.blogspot.co.id/2014/02/komitmen-organisasional.html?m=1> (diakses pada tanggal 13 Juni 2017 pukul 13:55)

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. <http://bprs.kemkes.go.id>.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. <http://www.pelkesi.or.id>.

Nengah, I Budiawan. "Hubungan Kompetensi, Motivasi, dan Beban Kerja Perawat Pelaksana dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Propinsi Bali". *Tesis*.

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana, Universitas Udayana Denpasar. 2015.

Notoatmojo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

Nurwahidah, dkk. “Gambaran Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Ajjapangge”. *Skripsi*. Makassar: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. 2014.

Undang-Undang Republik Indonesia. No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Undang-Uundang Republik Indonesia. No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.

Universitas Islam Negeri Alauddin. *Pedoman Karya Tulis Ilmiah*. Makassar: UIN Alauddin, 2013

Patient safety http://www.who.int/patientsafety/event/07/02_05_2007/en/ (diakses pada tanggal 6 Juni 2017 pukul 10:07)

Populasi dan sampel. <http://www.teorionline.net/populasi-dan-sampel/> (diakses pada tanggal 13 Juni 2017 pukul 07:23)

Pujilestari, Agustina, dkk. “Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat Dalam Melaksanakan Pelayanan di Instalasi Rawat Inap RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013”. *Skripsi*. Makassar: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. <http://journals.unhas.ac.id>. 2013.

Purnawati, Endang Rahayu. “Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Karyawan dengan Penerapan Manajemen Budaya Keselamatan dan Kesehatan Kerja”. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, Vol. 2, No. 6, Mei 2015.

Rachmawati, Emma. “Model Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien di RS Muhammadiyah-‘Aisyiyah Tahun 2011”. *Skripsi*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof. DR. Hamka. <http://mmr.umy.ac.id>. 2011.

Rosyada, Sabila Diena. “Gambaran Budaya Keselamatan Pasien pada Perawat Unit Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Bulan Juni Tahun 2014”. *Skripsi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Uneversitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. <http://repository.uinjkt.ac.id>. 2014.

Salawati, Liza, dkk. 2014. “ Analisis Tindakan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Perawat Dalam Pengendalian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU RSUD DR, Zainoel Abidin Banda Aceh”. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala* vol. 14 no. 3.

Safiu, Darwin. “Gambaran Budaya Keselamatan Kerja dan Perilaku Pekerja di PT. Eastern Pearl Flour Mills Makassar Tahun 2012”. *Skripsi*. Makassar: UIN Alauddin Makassar. 2012.

Sinarta, David Ginting. “Hubungan Pengetahuan dan Kemampuan Perawat dengan Penerapan Standar Joint Commission International Tentang Keselamatan pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUP. H. Adam Malik Medan”. *Tesis*. Medan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatra Utara. 2014.

Sri, Dede Mulyana. “Analisis Penyebab Insiden Keselamatan Pasien Oleh Perawat Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta”. *Tesis*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana, Universitas Indonesia. 2013.

Teori-Teori Manajemen dan Organisasi
<http://theorymanajemendanorganisasi.blogspot.co.id/2015/12/kompetensi.html>
(diakses pada tanggal 17 Oktober 2017 pukul 16:19)

Trisia, Yulanda Utami. Hubungan Antara Faktor-Faktor Budaya Keselamatan (*Safety Culture*) Dengan Perilaku Keselamatan (*Safety Behavior*) pada Karyawan Permanen Kelapa Sawit PT. Tidar Kerinci Agung Solok Selatan Tahun 2016". *Skripsi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Andalas. <http://scholar.unand.ac.id/id/eprint/11899>. 2016

Vellyana, Diny. “Analisis Budaya Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping”. *Tesis*. Program Studi Manajemen Rumah Sakit Program Pasca Sarjana, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. 2015.

Wayan, Ni Ari Adiputri. “Hubungan Kompetensi, Kompensasi Finansial, dan Supervisi dengan Kinerja Bidan Desa Di Kabupaten Bangli”. *Tesis*. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana, Universitas Udayana Denpasar. 2014.

L

A

M

P

I

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

ALAUDDIN

M A K A S S A R

A

N

KUESIONER PENELITIAN

Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
2. Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita
3. Usia : ☐ 21 - 30 tahun
☐ 31 - 40 tahun
☐ > 40 tahun
4. Pendidikan : ☐ SLTA
☐ D-3
☐ S-1
☐ S-2
☐ S-3
5. Jabatan / Unit Kerja :
6. Masa Kerja : Tahun

B. PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER

1. Mohon terlebih dahulu Bapak / Ibu membaca pertanyaan-pertanyaan dengan cermat sebelum mengisinya.
2. Berikan **tanda** √ untuk jawaban pilihan Bapak / Ibu pada salah satu nomor antara 1 sampai 5

Keterangan Skala Pengukuran :

1. Sangat Tidak Setuju (STS) Skor 1
2. Kurang Setuju (KS) Skor 2
3. Netral (N) Skor 3
4. Setuju (S) Skor 4
5. Sangat Setuju (SS) Skor 5

C. KOMITMEN PERSONAL

1. Affective Commitment

(Kuesioner ini dikembangkan oleh Meyer J.F., Natalie J.Allen, dan Catherine A.Smith (1993), “ Commitment to Organization and Occupation Extension and Test of Three Component Conceptualization”, Journal of Applied Psychology, Vol 78, No. 4, 538-551)

Lampiran 1

No.	Pertanyaan	Jawaban				
1.	Saya akan sangat bahagia menghabiskan sisa karir saya di rumah sakit ini.	STS	KS	N	S	SS
2.	Saya membanggakan rumah sakit tempat saya bekerja kepada orang lain.					
3.	Saya benar-benar merasakan seakan-akan permasalahan yang ada di rumah sakit ini adalah permasalahan saya sendiri.					
4.	Saya berfikir saya tidak akan mudah menjadi terikat dengan rumah sakit lain seperti saya terikat dengan rumah sakit ini.					
5.	Saya merasa menjadi bagian dari keluarga di rumah sakit ini.					
6.	Saya merasa terikat secara emosional pada rumah sakit ini					
7.	Rumah sakit ini memiliki arti yang sangat besar bagi saya					
8.	Saya mempunyai rasa memiliki yang kuat terhadap rumah sakit ini					

2. Continuance Commitment

(Kuesioner ini dikembangkan oleh Meyer J.F., Natalie J.Allen, dan Catherine A. Smith (1993), “ Commitment to Organization and Occupation Extension and Test of Three Component Conceptualization”, Journal of Applied Psychology, Vol 78, No. 4, 538-551)

No.	Pertanyaan	Jawaban				
1.	Saya khawatir terhadap apa yang mungkin terjadi jika saya berhenti dari pekerjaan saya tanpa memiliki pekerjaan lain yang serupa	STS	KS	N	S	SS
2.	Akan sangat berat bagi saya untuk meninggalkan rumah sakit ini sekarang, sekalipun saya menginginkannya.					
3.	Banyak hal dalam kehidupan saya akan terganggu jika saya memutuskan ingin meninggalkan rumah sakit ini sekarang.					
4.	Akan terlalu merugikan saya untuk meninggalkan organisasi ini sekarang.					
5.	Saat ini tetap bekerja di rumah sakit ini merupakan kebutuhan sekaligus juga keinginan saya.					
6.	Saya merasa bahwa saya memiliki sedikit pilihan ingin meninggalkan organisasi ini.					
7.	Salah satu akibat serius meninggalkan rumah sakit ini adalah langkanya peluang alternatif yang ada.					
8.	Salah satu alasan utama saya melanjutkan bekerja untuk rumah sakit ini adalah bahwa meninggalkan rumah sakit akan membutuhkan pengorbanan pribadi yang besar, rumah sakit lain mungkin tidak akan sesuai dengan keseluruhan manfaat yang saya dapat disini.					

3. Normative Commitment

(Kuesioner ini dikembangkan oleh Meyer J.F., Natalie J.Allen, dan Catherine A.Smith (1993), “ Commitment to Organization and Occupation Extension and Test of Three Component Conceptualization”, Journal of Applied Psychology, Vol 78, No. 4, 538-551)

No.	Pertanyaan	Jawaban				
		STS	KS	N	S	SS
1.	Saya pikir sekarang orang terlalu sering berpindah dari rumah sakit satu ke rumah sakit lain.					
2.	Saya tidak percaya bahwa seseorang harus selalu loyal terhadap rumah sakitnya.					
3.	Berpindah dari rumah sakit satu ke rumah sakit lain tampaknya tidak etis bagi saya.					
4.	Salah satu alasan utama untuk melanjutkan bekerja pada rumah sakit ini adalah bahwa saya percaya loyalitas adalah penting dan oleh karena itu saya merasa tetap bekerja di perusahaan merupakan kewajiban moral.					
5.	Jika saya memperoleh tawaran pekerjaan yang lebih baik di rumah sakit lain, saya tidak akan merasa bahwa tawaran tersebut merupakan alasan yang tepat untuk meninggalkan rumah sakit saya.					
6.	Saya dididik untuk percaya terhadap nilai tetap setia pada satu rumah sakit					
7.	Yang lebih baik saat ini adalah ketika orang tetap bekerja di satu rumah sakit sepanjang karir mereka.					
8.	Saya tidak berfikir bahwa menjadi karyawan yang tetap setia pada sebuah rumah sakit merupakan tindakan yang bijaksana.					

D. PENGETAHUAN KESELAMATAN PASIEN

Petunjuk : Tuliskan angka “1” pada jawaban yang benar dan “2” jika salah

No	Kriteria	Jawaban
1.	<p>Cara mengidentifikasi pasien di rumah sakit berdasarkan SOP sesuai standar adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien (nama pasien sesuai tanda pengenal dan tanggal lahir pasien), tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien b. Setiap pasien yang diobservasi di RUANG RAWAT INAP harus memakai gelang identitas c. Pasien diidentifikasi pada saat pemberian obat d. Pasien diidentifikasi pada saat pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan. e. Pasien diidentifikasi saat pemberian darah. f. Pasien diidentifikasi saat melakukan prosedur tindakan 	<p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p>
2.	<p>Peningkatan komunikasi yang efektif di rumah sakit berdasarkan SOP sesuai standar JCI adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Komunikasi efektif harus dilakukan oleh sesama perawat kesehatan b. Perawat melaporkan keadaan pasien dan melakukan serah terima pasien c. Perawat menulis dan membaca ulang (<i>read back</i>) informasi/instruksi yang diterima. d. Perawat membaca ulang (<i>read back</i>) dengan mengeja dengan bahasa radio instruksi yang terkait dengan obat-obat LASA (<i>Look Alike Sound Alike</i>) atau NORUM (Nama obat dan rupa mirip) e. Perawat mencatat ke RM 14 dan di stempel <i>read back</i> instruksi yang sudah dikonfirmasi oleh pemberi pesan dan obat LASA. f. Perawat yang memberi pesan memberikan tanda tangan dan nama jelas di atas stempel <i>read back</i> dalam waktu 1x24 jam g. Perawat yang meminta membaca hasil pemeriksaan penunjang dan dibubuhkan tanda tangan, tanggal, dan jam di sisi bawah lembar hasil pemeriksaan 	<p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p>
3.	<p>Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai di rumah sakit berdasarkan SOP sesuai standar JCI adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perawat membuat logo high alert (bukan tulisan high alert). b. Perawat menyimpan obat high alert dengan memberi garis merah pada sisi lemari penyimpanan c. Perawat memberi stiker hijau untuk obat LASA (<i>Look Alike Sound Alike</i>) d. Perawat memberi stiker gambar cel warna ungu untuk obat sitostatika e. Perawat memberi stiker gambar api untuk bahan mudah terbakar 	<p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p>

[illegible]

Lampiran 1

	mencuci tangan antara 5-10 menit d. Perawat kesehatan dalam melayani pasien memperhatikan prinsip steril, aseptik dan anti septik	(.....) (.....)
6.	Pengurangan risiko pasien jatuh di rumah sakit berdasarkan SOP sesuai standar JCI adalah : a. Setiap pasien yang masuk melalui RUANG RAWAT INAP dilakukan pengkajian awal tentang risiko pasien jatuh. b. Menentukan scoring berdasarkan kriteria risiko pasien jatuh c. Melakukan reassessment risiko pasien pada saat terjadi perubahan terapi d. Melakukan tindakan pencegahan pasien jatuh sesuai scoring yang sudah ditentukan	(.....) (.....) (.....) (.....)

E. KOMPETENSI PERAWAT & BIDAN

Petunjuk : Tuliskan angka “1” jika “mampu” dan “2” jika tidak mampu

No.	Kriteria	Jawaban
1.	Kemampuan perawat & bidan RS Stella Maris Makassar tentang identifikasi pasien berdasarkan SOP sesuai standar JCI : a. Saat pemasangan gelang pasien perawat menjelaskan manfaat gelang pasien b. Perawat selalu menanyakan identitas sebelum pemberian obat, darah atau produk darah c. Perawat selalu menanyakan identitas sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis d. Perawat selalu menanyakan identitas sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur	(.....) (.....) (.....) (.....)
2.	Kemampuan perawat & bidan RS Stella Maris Makassar tentang cara berkomunikasi yang efektif: a. Memperagakan cara menerima perintah lisan atau melalui telepon b. Memperagakan saat melaporkan keadaan pasien pada konsulen c. Memperagakan konfirmasi perintah atau hasil pemeriksaan d. Memverifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.	(.....) (.....) (.....) (.....)

Lampiran 1

3.	<p>Kemampuan perawat & bidan RS Stella Maris Makassar menjaga keamanan obat yang perlu diwaspadai :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perawat menunjukkan daftar obat kategori <i>high alert</i> (obat yang dapat mengakibatkan kesalahan karena mempunyai risiko tinggi jika salah diberikan) b. Perawat menyebutkan jenis-jenis obat kategori <i>high alert</i> c. Perawat menjelaskan prosedur kalau mau menggunakan elektrolit konsentrat. d. Perawat menjelaskan pemberian label elektrolit konsentrat yang disimpan di pada unit pelayanan pasien dengan jelas. 	<p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p>
4.	<p>Kemampuan perawat & bidan RS Stella Maris Makassar tentang kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perawat menanyakan ulang identitas pasien sebelum operasi b. Perawat menjelaskan tentang perencanaan tindakan operasi c. Perawat meminta persetujuan secara tertulis sebelum melakukan operasi d. Perawat menjelaskan cara melaksanakan safe surgery check list sebelum induksi anestesi e. Perawat membantu dokter dalam melakukan insisi kulit sebelum pasien meninggalkan ruang operasi. 	<p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p>
5.	<p>Kemampuan perawat & bidan RS Stella Maris Makassar pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perawat menjelaskan prosedur <i>hand wash/ handrub</i> b. Perawat menjelaskan pencegahan risiko infeksi dengan melakukan cuci tangan (sebelum dan setelah berhubungan dengan pasien) c. Perawat menjelaskan prosedur cuci tangan a. Perawat menjelaskan program <i>hand hygiene</i> yang efektif 	<p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p>
6.	<p>Kemampuan perawat & bidan RS Stella Maris Makassar tentang pengurangan risiko pasien jatuh :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perawat melakukan identifikasi pasien risiko jatuh b. Perawat menjelaskan pedoman atau panduan pasien resiko jatuh c. Perawat menjelaskan langkah-langkah apa saja yg diterapkan untuk mengurangi risiko pasien jatuh 	<p>(.....)</p> <p>(.....)</p> <p>(.....)</p>

Terima Kasih

Atas Waktu dan Partisipasi Anda



Frequency Table

Karakteristik Responden

JenisKelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	8	12.5	12.5	12.5
	Perempuan	56	87.5	87.5	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21-30 tahun	37	57.8	57.8	57.8
	31-40 tahun	19	29.7	29.7	87.5
	> 40 tahun	8	12.5	12.5	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SLTA	3	4.7	4.7	4.7
	D-3	31	48.4	48.4	53.1
	S-1	30	46.9	46.9	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

Masa Kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 5 Tahun	23	35.9	35.9	35.9
	5-10 tahun	26	40.6	40.6	76.6
	> 10 Tahun	15	23.4	23.4	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

Lampiran 2

Kuesioner

Affective

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	48	75.0	75.0	75.0
Kurang Baik	16	25.0	25.0	100.0
Total	64	100.0	100.0	

Continuance

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	32	50.0	50.0	50.0
Kurang Baik	32	50.0	50.0	100.0
Total	64	100.0	100.0	

Normative

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	42	65.6	65.6	65.6
Kurang Baik	22	34.4	34.4	100.0
Total	64	100.0	100.0	

Pengetahuan1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	64	100.0	100.0	100.0

Pengetahuan2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	64	100.0	100.0	100.0

Lampiran 2

Pengetahuan3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	51	79.7	79.7	79.7
	Kurang Baik	13	20.3	20.3	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

Pengetahuan4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	64	100.0	100.0	100.0

Pengetahuan5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	63	98.4	98.4	98.4
	Kurang Baik	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

Pengetahuan6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	64	100.0	100.0	100.0

Kompetensi1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	64	100.0	100.0	100.0

Kompetensi2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	61	95.3	95.3	95.3
	Kurang Baik	3	4.7	4.7	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

Lampiran 2

Kompetensi3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	64	100.0	100.0	100.0

Kompetensi4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	63	98.4	98.4	98.4
Kurang Baik	1	1.6	1.6	100.0
Total	64	100.0	100.0	

Kompetensi5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	64	100.0	100.0	100.0

Kompetensi6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	64	100.0	100.0	100.0

KomitmenUmum

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	44	68.8	68.8	68.8
Kurang Baik	20	31.3	31.3	100.0
Total	64	100.0	100.0	

PengetahuanUmum

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	64	100.0	100.0	100.0

Lampiran 2

KompetensiUmum

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	64	100.0	100.0	100.0

BudayaUmum

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	64	100.0	100.0	100.0

Crosstabs

Affective * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Affective	Baik	42	6	48
	KurangBaik	16	0	16
Total		58	6	64

Continuance * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Continuance	Baik	26	6	32
	KurangBaik	32	0	32
Total		58	6	64

Normative * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Normative	Baik	36	6	42
	KurangBaik	22	0	22
Total		58	6	64

Lampiran 2

Pengetahuan1 * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Pengetahuan1	Baik	58	6	64
Total		58	6	64

Pengetahuan2 * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Pengetahuan2	Baik	58	6	64
Total		58	6	64

Pengetahuan3 * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Pengetahuan3	Baik	45	6	51
	KurangBaik	13	0	13
Total		58	6	64

Pengetahuan4 * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Pengetahuan4	Baik	58	6	64
Total		58	6	64

Pengetahuan5 * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Pengetahuan5	Baik	57	6	63
	KurangBaik	1	0	1
Total		58	6	64

Lampiran 2

Pengetahuan6 * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Pengetahuan6	Baik	58	6	64
Total		58	6	64

Kompetensi1 * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Kompetensi1	Baik	58	6	64
Total		58	6	64

Kompetensi2 * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Kompetensi2	Baik	55	6	61
	KurangBaik	3	0	3
Total		58	6	64

Kompetensi3 * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Kompetensi3	Baik	58	6	64
Total		58	6	64

Lampiran 2

Kompetensi4 * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Kompetensi4	Baik	57	6	63
	KurangBaik	1	0	1
Total		58	6	64

Kompetensi5 * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Kompetensi5	Baik	58	6	64
Total		58	6	64

Kompetensi6 * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Kompetensi6	Baik	58	6	64
Total		58	6	64

KomitmenUmum * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
KomitmenUmum	Baik	38	6	44
	KurangBaik	20	0	20
Total		58	6	64

PengetahuanUmum * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
PengetahuanUmum	Baik	58	6	64
Total		58	6	64

Lampiran 2

KompetensiUmum * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
KompetensiUmum	Baik	58	6	64
Total		58	6	64

BudayaUmum * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
BudayaUmum	Baik	58	6	64
Total		58	6	64

Crosstabs Karakteristik dengan Pekerjaan

JenisKelamin * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
JenisKelamin	Laki-laki	8	0	8
	Perempuan	50	6	56
Total		58	6	64

Umur * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Umur	21-30 tahun	32	5	37
	31-40 tahun	18	1	19
	> 40 tahun	8	0	8
Total		58	6	64

Lampiran 2

Pendidikan * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Pendidikan	SLTA	3	0	3
	D-3	30	1	31
	S-1	25	5	30
Total		58	6	64

Masa Kerja * Pekerjaan Crosstabulation

Count

		Pekerjaan		Total
		Perawat	Bidan	
Masa Kerja	< 5 Tahun	19	4	23
	5-10 tahun	25	1	26
	> 10 Tahun	14	1	15
Total		58	6	64

Crosstabs Karakteristik dengan Komitmen

JenisKelamin * Affective Crosstabulation

Count

		Affective		Total
		Baik	KurangBaik	
JenisKelamin	Laki-laki	8	0	8
	Perempuan	40	16	56
Total		48	16	64

JenisKelamin * Continuance Crosstabulation

Count

		Continuance		Total
		Baik	KurangBaik	
JenisKelamin	Laki-laki	6	2	8
	Perempuan	26	30	56
Total		32	32	64

Lampiran 2

JenisKelamin * Normative Crosstabulation

Count

		Normative		Total
		Baik	KurangBaik	
JenisKelamin	Laki-laki	5	3	8
	Perempuan	37	19	56
Total		42	22	64

Umur * Affective Crosstabulation

Count

		Affective		Total
		Baik	KurangBaik	
Umur	21-30 tahun	26	11	37
	31-40 tahun	14	5	19
	> 40 tahun	8	0	8
Total		48	16	64

Umur * Continuance Crosstabulation

Count

		Continuance		Total
		Baik	KurangBaik	
Umur	21-30 tahun	16	21	37
	31-40 tahun	11	8	19
	> 40 tahun	5	3	8
Total		32	32	64

Umur * Normative Crosstabulation

Count

		Normative		Total
		Baik	KurangBaik	
Umur	21-30 tahun	25	12	37
	31-40 tahun	12	7	19
	> 40 tahun	5	3	8
Total		42	22	64

Lampiran 2

Pendidikan * Affective Crosstabulation

Count

		Affective		Total
		Baik	KurangBaik	
Pendidikan	SLTA	3	0	3
	D-3	21	10	31
	S-1	24	6	30
Total		48	16	64

Pendidikan * Continuance Crosstabulation

Count

		Continuance		Total
		Baik	KurangBaik	
Pendidikan	SLTA	2	1	3
	D-3	16	15	31
	S-1	14	16	30
Total		32	32	64

Pendidikan * Normative Crosstabulation

Count

		Normative		Total
		Baik	KurangBaik	
Pendidikan	SLTA	3	0	3
	D-3	17	14	31
	S-1	22	8	30
Total		42	22	64

Masa Kerja * Affective Crosstabulation

Count

		Affective		Total
		Baik	KurangBaik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	17	6	23
	5-10 tahun	17	9	26
	> 10 Tahun	14	1	15
Total		48	16	64

Lampiran 2

Masa Kerja * Continuance Crosstabulation

Count

		Continuance		Total
		Baik	KurangBaik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	10	13	23
	5-10 tahun	13	13	26
	> 10 Tahun	9	6	15
Total		32	32	64

Masa Kerja * Normative Crosstabulation

Count

		Normative		Total
		Baik	KurangBaik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	16	7	23
	5-10 tahun	16	10	26
	> 10 Tahun	10	5	15
Total		42	22	64

JenisKelamin * KomitmenUmum Crosstabulation

Count

		KomitmenUmum		Total
		Baik	KurangBaik	
JenisKelamin	Laki-laki	7	1	8
	Perempuan	37	19	56
Total		44	20	64

Umur * KomitmenUmum Crosstabulation

Count

		KomitmenUmum		Total
		Baik	KurangBaik	
Umur	21-30 tahun	25	12	37
	31-40 tahun	12	7	19
	> 40 tahun	7	1	8
Total		44	20	64

Lampiran 2

Pendidikan * KomitmenUmum Crosstabulation

Count

		KomitmenUmum		Total
		Baik	KurangBaik	
Pendidikan	SLTA	3	0	3
	D-3	18	13	31
	S-1	23	7	30
Total		44	20	64

Masa Kerja * KomitmenUmum Crosstabulation

Count

		KomitmenUmum		Total
		Baik	KurangBaik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	16	7	23
	5-10 tahun	17	9	26
	> 10 Tahun	11	4	15
Total		44	20	64

Crosstabs Karakteristik dengan Pengetahuan

JenisKelamin * Pengetahuan1 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan1	Total
		Baik	
JenisKelamin	Laki-laki	8	8
	Perempuan	56	56
Total		64	64

JenisKelamin * Pengetahuan2 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan2	Total
		Baik	
JenisKelamin	Laki-laki	8	8
	Perempuan	56	56
Total		64	64

Lampiran 2

JenisKelamin * Pengetahuan3 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan3		Total
		Baik	KurangBaik	
JenisKelamin	Laki-laki	8	0	8
	Perempuan	43	13	56
Total		51	13	64

JenisKelamin * Pengetahuan4 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan4	Total
		Baik	
JenisKelamin	Laki-laki	8	8
	Perempuan	56	56
Total		64	64

JenisKelamin * Pengetahuan5 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan5		Total
		Baik	KurangBaik	
JenisKelamin	Laki-laki	7	1	8
	Perempuan	56	0	56
Total		63	1	64

JenisKelamin * Pengetahuan6 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan6	Total
		Baik	
JenisKelamin	Laki-laki	8	8
	Perempuan	56	56
Total		64	64

Lampiran 2

JenisKelamin * PengetahuanUmum Crosstabulation

Count

		PengetahuanUmum	
		Baik	Total
JenisKelamin	Laki-laki	8	8
	Perempuan	56	56
Total		64	64

Umur * Pengetahuan1 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan1	
		Baik	Total
Umur	21-30 tahun	37	37
	31-40 tahun	19	19
	> 40 tahun	8	8
	Total	64	64

Umur * Pengetahuan2 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan2	
		Baik	Total
Umur	21-30 tahun	37	37
	31-40 tahun	19	19
	> 40 tahun	8	8
	Total	64	64

Umur * Pengetahuan3 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan3		Total
		Baik	KurangBaik	
Umur	21-30 tahun	31	6	37
	31-40 tahun	13	6	19
	> 40 tahun	7	1	8
	Total	51	13	64

Lampiran 2

Umur * Pengetahuan4 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan4	Total
		Baik	
Umur	21-30 tahun	37	37
	31-40 tahun	19	19
	> 40 tahun	8	8
Total		64	64

Umur * Pengetahuan5 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan5		Total
		Baik	KurangBaik	
Umur	21-30 tahun	36	1	37
	31-40 tahun	19	0	19
	> 40 tahun	8	0	8
Total		63	1	64

Umur * Pengetahuan6 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan6	Total
		Baik	
Umur	21-30 tahun	37	37
	31-40 tahun	19	19
	> 40 tahun	8	8
Total		64	64

Umur * PengetahuanUmum Crosstabulation

Count

		PengetahuanUmum	Total
		Baik	
Umur	21-30 tahun	37	37
	31-40 tahun	19	19
	> 40 tahun	8	8
Total		64	64

Lampiran 2

Pendidikan * Pengetahuan1 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan1	Total
		Baik	
Pendidikan	SLTA	3	3
	D-3	31	31
	S-1	30	30
Total		64	64

Pendidikan * Pengetahuan2 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan2	Total
		Baik	
Pendidikan	SLTA	3	3
	D-3	31	31
	S-1	30	30
Total		64	64

Pendidikan * Pengetahuan3 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan3		Total
		Baik	KurangBaik	
Pendidikan	SLTA	3	0	3
	D-3	23	8	31
	S-1	25	5	30
Total		51	13	64

Pendidikan * Pengetahuan4 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan4	Total
		Baik	
Pendidikan	SLTA	3	3
	D-3	31	31
	S-1	30	30
Total		64	64

Lampiran 2

Pendidikan * Pengetahuan5 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan5		Total
		Baik	KurangBaik	
Pendidikan	SLTA	3	0	3
	D-3	30	1	31
	S-1	30	0	30
Total		63	1	64

Pendidikan * Pengetahuan6 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan6	Total
		Baik	
Pendidikan	SLTA	3	3
	D-3	31	31
	S-1	30	30
Total		64	64

Pendidikan * PengetahuanUmum Crosstabulation

Count

		PengetahuanUmum	Total
		Baik	
Pendidikan	SLTA	3	3
	D-3	31	31
	S-1	30	30
Total		64	64

Masa Kerja * Pengetahuan1 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan1	Total
		Baik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	23	23
	5-10 tahun	26	26
	> 10 Tahun	15	15
Total		64	64

Lampiran 2

Masa Kerja * Pengetahuan2 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan2	Total
		Baik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	23	23
	5-10 tahun	26	26
	> 10 Tahun	15	15
Total		64	64

Masa Kerja * Pengetahuan3 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan3		Total
		Baik	KurangBaik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	20	3	23
	5-10 tahun	17	9	26
	> 10 Tahun	14	1	15
Total		51	13	64

Masa Kerja * Pengetahuan4 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan4	Total
		Baik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	23	23
	5-10 tahun	26	26
	> 10 Tahun	15	15
Total		64	64

Masa Kerja * Pengetahuan5 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan5		Total
		Baik	KurangBaik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	22	1	23
	5-10 tahun	26	0	26
	> 10 Tahun	15	0	15
Total		63	1	64

Lampiran 2

Masa Kerja * Pengetahuan6 Crosstabulation

Count

		Pengetahuan6	Total
		Baik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	23	23
	5-10 tahun	26	26
	> 10 Tahun	15	15
Total		64	64

Masa Kerja * PengetahuanUmum Crosstabulation

Count

		PengetahuanUmum	Total
		Baik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	23	23
	5-10 tahun	26	26
	> 10 Tahun	15	15
Total		64	64

Crosstabs Karakteristik dengan Kompetensi

JenisKelamin * Kompetensi1 Crosstabulation

Count

		Kompetensi1	Total
		Baik	
JenisKelamin	Laki-laki	8	8
	Perempuan	56	56
Total		64	64

JenisKelamin * Kompetensi2 Crosstabulation

Count

		Kompetensi2		Total
		Baik	KurangBaik	
JenisKelamin	Laki-laki	8	0	8
	Perempuan	53	3	56
Total		61	3	64

Lampiran 2

JenisKelamin * Kompetensi3 Crosstabulation

Count

		Kompetensi3	Total
		Baik	
JenisKelamin	Laki-laki	8	8
	Perempuan	56	56
Total		64	64

JenisKelamin * Kompetensi4 Crosstabulation

Count

		Kompetensi4		Total
		Baik	KurangBaik	
JenisKelamin	Laki-laki	8	0	8
	Perempuan	55	1	56
Total		63	1	64

JenisKelamin * Kompetensi5 Crosstabulation

Count

		Kompetensi5	Total
		Baik	
JenisKelamin	Laki-laki	8	8
	Perempuan	56	56
Total		64	64

JenisKelamin * Kompetensi6 Crosstabulation

Count

		Kompetensi6	Total
		Baik	
JenisKelamin	Laki-laki	8	8
	Perempuan	56	56
Total		64	64

Lampiran 2

JenisKelamin * KompetensiUmum Crosstabulation

Count

		KompetensiUmum	
		Baik	Total
JenisKelamin	Laki-laki	8	8
	Perempuan	56	56
Total		64	64

Umur * Kompetensi1 Crosstabulation

Count

		Kompetensi1	
		Baik	Total
Umur	21-30 tahun	37	37
	31-40 tahun	19	19
	> 40 tahun	8	8
	Total	64	64

Umur * Kompetensi2 Crosstabulation

Count

		Kompetensi2		Total
		Baik	KurangBaik	
Umur	21-30 tahun	37	0	37
	31-40 tahun	17	2	19
	> 40 tahun	7	1	8
	Total	61	3	64

Umur * Kompetensi3 Crosstabulation

Count

		Kompetensi3	
		Baik	Total
Umur	21-30 tahun	37	37
	31-40 tahun	19	19
	> 40 tahun	8	8
	Total	64	64

Lampiran 2

Umur * Kompetensi4 Crosstabulation

Count

		Kompetensi4		Total
		Baik	KurangBaik	
Umur	21-30 tahun	36	1	37
	31-40 tahun	19	0	19
	> 40 tahun	8	0	8
Total		63	1	64

Umur * Kompetensi5 Crosstabulation

Count

		Kompetensi5	Total
		Baik	
Umur	21-30 tahun	37	37
	31-40 tahun	19	19
	> 40 tahun	8	8
Total		64	64

Umur * Kompetensi6 Crosstabulation

Count

		Kompetensi6	Total
		Baik	
Umur	21-30 tahun	37	37
	31-40 tahun	19	19
	> 40 tahun	8	8
Total		64	64

Umur * KompetensiUmum Crosstabulation

Count

		KompetensiUmum	Total
		Baik	
Umur	21-30 tahun	37	37
	31-40 tahun	19	19
	> 40 tahun	8	8
Total		64	64

Lampiran 2

Pendidikan * Kompetensi1 Crosstabulation

Count

		Kompetensi1	Total
		Baik	
Pendidikan	SLTA	3	3
	D-3	31	31
	S-1	30	30
Total		64	64

Pendidikan * Kompetensi2 Crosstabulation

Count

		Kompetensi2		Total
		Baik	KurangBaik	
Pendidikan	SLTA	3	0	3
	D-3	29	2	31
	S-1	29	1	30
Total		61	3	64

Pendidikan * Kompetensi3 Crosstabulation

Count

		Kompetensi3	Total
		Baik	
Pendidikan	SLTA	3	3
	D-3	31	31
	S-1	30	30
Total		64	64

Pendidikan * Kompetensi4 Crosstabulation

Count

		Kompetensi4		Total
		Baik	KurangBaik	
Pendidikan	SLTA	3	0	3
	D-3	31	0	31
	S-1	29	1	30
Total		63	1	64

Lampiran 2

Pendidikan * Kompetensi5 Crosstabulation

Count

		Kompetensi5	Total
		Baik	
Pendidikan	SLTA	3	3
	D-3	31	31
	S-1	30	30
Total		64	64

Pendidikan * Kompetensi6 Crosstabulation

Count

		Kompetensi6	Total
		Baik	
Pendidikan	SLTA	3	3
	D-3	31	31
	S-1	30	30
Total		64	64

Pendidikan * KompetensiUmum Crosstabulation

Count

		KompetensiUmum	Total
		Baik	
Pendidikan	SLTA	3	3
	D-3	31	31
	S-1	30	30
Total		64	64

Masa Kerja * Kompetensi1 Crosstabulation

Count

		Kompetensi1	Total
		Baik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	23	23
	5-10 tahun	26	26
	> 10 Tahun	15	15
Total		64	64

Lampiran 2

Masa Kerja * Kompetensi2 Crosstabulation

Count

		Kompetensi2		Total
		Baik	KurangBaik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	22	1	23
	5-10 tahun	25	1	26
	> 10 Tahun	14	1	15
Total		61	3	64

Masa Kerja * Kompetensi3 Crosstabulation

Count

		Kompetensi3	Total
		Baik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	23	23
	5-10 tahun	26	26
	> 10 Tahun	15	15
Total		64	64

Masa Kerja * Kompetensi4 Crosstabulation

Count

		Kompetensi4		Total
		Baik	KurangBaik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	22	1	23
	5-10 tahun	26	0	26
	> 10 Tahun	15	0	15
Total		63	1	64

Masa Kerja * Kompetensi5 Crosstabulation

Count

		Kompetensi5	Total
		Baik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	23	23
	5-10 tahun	26	26
	> 10 Tahun	15	15
Total		64	64

Lampiran 2

Masa Kerja * Kompetensi6 Crosstabulation

Count

		Kompetensi6	Total
		Baik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	23	23
	5-10 tahun	26	26
	> 10 Tahun	15	15
Total		64	64

Masa Kerja * KompetensiUmum Crosstabulation

Count

		KompetensiUmum	Total
		Baik	
Masa Kerja	< 5 Tahun	23	23
	5-10 tahun	26	26
	> 10 Tahun	15	15
Total		64	64

No	Komitmen																				Skor	%				
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	N1	N2	N3	N4			N5	N6	N7	N8
1	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	3	2	3	4	3	3	3	3	87	72.5
2	3	3	4	4	5	4	4	4	5	5	3	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	3	3	91	75.83
3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	94	78.33
4	3	3	4	3	5	4	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	3	4	4	5	4	4	4	4	101	84.17
5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	95	79.17
6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	96	80
7	5	5	1	3	5	1	5	5	3	3	1	1	5	2	2	1	1	3	3	4	1	5	5	5	75	62.5
8	3	4	4	3	4	4	3	3	4	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	4	3	2	2	3	70	58.33
9	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	1	2	4	4	4	5	4	4	95	79.17
10	3	4	4	3	4	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	2	2	3	76	63.33
11	3	4	1	1	3	3	3	3	4	1	1	1	4	2	2	2	4	5	4	3	4	2	4	4	68	56.67
12	2	2	1	3	4	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	4	4	4	2	2	2	4	2	4	67	55.83
13	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	71	59.17
14	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	4	71	59.17
15	3	4	4	2	3	4	3	3	4	3	2	2	3	3	3	2	4	3	2	3	2	2	2	3	69	57.5
16	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	3	78	65
17	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	3	78	65
18	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	3	78	65
19	3	3	1	1	3	1	3	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	54	45
20	1	4	1	4	4	4	2	3	4	4	2	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	82	68.33
21	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	94	78.33
22	1	2	1	4	4	4	2	3	4	4	2	2	4	4	2	4	3	4	1	1	1	1	1	1	60	50
23	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	4	71	59.17
24	3	3	3	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	4	3	3	3	3	1	3	75	62.5
25	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	78	65
26	3	4	2	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	83	69.17
27	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	1	2	1	1	2	5	3	3	2	2	2	3	3	60	50
28	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	1	2	1	1	2	3	3	3	2	2	2	3	3	58	48.33
29	4	4	4	3	4	4	3	4	3	3	3	2	2	3	4	2	3	3	2	3	2	3	3	3	74	61.67
30	4	4	4	3	4	4	3	4	3	3	3	2	2	3	4	2	3	3	2	3	2	4	3	3	75	62.5
31	3	5	2	3	4	3	4	4	3	3	3	3	4	3	2	3	4	3	3	4	3	3	3	3	78	65
32	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	2	3	4	3	2	4	3	3	4	2	3	2	2	3	73	60.83
33	3	3	3	3	3	3	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	104	86.67
34	3	3	3	3	3	3	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	104	86.67
35	3	2	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	75	62.5
36	2	2	2	2	3	4	2	2	4	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	4	4	2	2	3	63	52.5
37	2	2	2	2	3	4	3	3	4	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	4	4	2	2	3	65	54.17
38	2	2	2	2	3	4	3	3	4	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	4	3	2	2	3	63	52.5
39	4	5	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	3	86	71.67
40	2	2	2	3	4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	72	60
41	4	5	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	3	86	71.67
42	4	4	4	4	5	2	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	5	4	4	4	3	4	91	75.83
43	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	2	3	2	3	4	4	74	61.67
44	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	2	3	2	3	4	4	74	61.67
45	3	3	3	5	3	4	3	3	4	4	3	2	2	3	2	2	3	3	2	5	3	2	2	3	72	60

46	3	3	5	3	4	4	3	3	4	4	3	2	2	3	2	2	3	3	2	5	3	2	2	3	73	60.83
47	3	3	5	3	4	4	3	3	4	4	3	2	2	3	2	2	3	3	2	5	3	2	2	3	73	60.83
48	3	3	4	3	4	4	3	3	4	4	3	2	2	3	2	2	3	3	3	5	3	2	2	3	73	60.83
49	3	3	4	3	4	4	3	3	4	4	3	2	2	3	2	2	3	3	3	5	3	2	2	3	73	60.83
50	3	2	1	2	2	3	2	4	4	4	3	2	2	3	2	2	3	3	2	4	2	2	2	3	62	51.67
51	2	2	2	2	3	4	3	3	4	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	4	3	2	2	3	63	52.5
52	3	2	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4	3	3	3	2	1	3	3	2	74	61.67
53	3	3	4	3	4	4	2	2	4	4	3	2	2	3	2	2	3	3	2	5	3	2	2	3	70	58.33
54	3	3	5	3	4	4	3	3	4	4	3	2	2	3	2	2	3	3	2	5	3	2	2	3	73	60.83
55	4	4	4	3	4	2	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	87	72.5
56	3	4	3	3	3	3	3	2	4	4	3	2	2	3	2	2	3	3	2	5	3	2	2	3	69	57.5
57	5	5	4	4	5	2	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	2	2	4	4	2	4	3	4	87	72.5
58	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	5	2	3	3	3	4	4	4	86	71.67
59	5	5	4	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5	4	111	92.5
60	4	4	4	5	5	5	3	3	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	103	85.83
61	5	4	4	5	5	3	4	3	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	3	3	4	102	85
62	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	5	5	5	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	94	78.33
63	3	4	3	3	3	3	3	2	4	4	3	2	2	3	2	2	3	3	2	5	3	2	2	3	69	57.5
64	3	3	1	3	4	3	3	4	1	1	1	1	4	3	1	1	5	4	3	2	4	3	1	5	64	53.33



No.	Pengetahuan																													
	1a	1b	1c	1d	1e	1f	2a	2b	2c	2d	2e	2f	2g	3a	3b	3c	3d	3e	3f	4a	4b	4c	4d	5a	5b1	5b2	5b3	5b4	5b5	5b6
1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5
9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
12	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
14	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
21	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
22	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
23	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
24	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
25	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
26	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
27	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5
28	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5
29	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
31	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
32	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
33	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
34	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
35	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
36	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5
37	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5
38	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5
39	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5
40	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5
41	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5
42	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5
43	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
44	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
45	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5

46	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5
47	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5
48	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5
49	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5
50	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5
51	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5
52	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
53	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	
54	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
55	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	
56	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
57	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	
58	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	
59	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
60	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
61	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
62	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
63	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	
64	1	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	



[illegible]

5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	222	96.52
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	222	96.52
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	222	96.52
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	222	96.52
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	222	96.52
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	222	96.52
5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	1	5	5	5	5	5	222	96.52
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	226	98.26
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	226	98.26
5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	218	94.78
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	226	98.26
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	222	96.52
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	226	98.26
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	230	100
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	230	100
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	230	100
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	230	100
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	222	96.52
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	214	93.04



[illegible]

No	Budaya			Total Skor	%
	Komitmen	Pengetahuan	Kompetensi		
1	87	226	120	433	92.13
2	91	206	120	417	88.72
3	94	226	120	440	93.62
4	101	226	120	447	95.11
5	95	226	120	441	93.83
6	96	214	120	430	91.49
7	75	230	120	425	90.43
8	70	222	120	412	87.66
9	95	230	120	445	94.68
10	76	210	108	394	83.83
11	68	206	108	382	81.28
12	67	226	104	397	84.47
13	71	202	120	393	83.62
14	71	202	120	393	83.62
15	69	226	120	415	88.30
16	78	230	120	428	91.06
17	78	230	120	428	91.06
18	78	230	120	428	91.06
19	54	230	108	392	83.40
20	82	194	116	392	83.40
21	94	194	116	404	85.96
22	60	194	116	370	78.72
23	71	206	120	397	84.47
24	75	202	120	397	84.47
25	78	230	120	428	91.06
26	83	230	120	433	92.13
27	60	202	120	382	81.28
28	58	202	120	380	80.85
29	74	226	120	420	89.36
30	75	226	120	421	89.57
31	78	230	120	428	91.06
32	73	218	104	395	84.04
33	104	230	120	454	96.60
34	104	230	120	454	96.60
35	75	222	120	417	88.72
36	63	226	120	409	87.02
37	65	222	120	407	86.60
38	63	222	120	405	86.17
39	86	218	120	424	90.21
40	72	218	120	410	87.23
41	86	218	120	424	90.21
42	91	202	120	413	87.87
43	74	230	120	424	90.21
44	74	230	120	424	90.21
45	72	222	120	414	88.09

46	73	222	120	415	88.30
47	73	222	120	415	88.30
48	73	222	120	415	88.30
49	73	222	120	415	88.30
50	62	222	120	404	85.96
51	63	222	120	405	86.17
52	74	222	120	416	88.51
53	70	226	120	416	88.51
54	73	226	120	419	89.15
55	87	218	120	425	90.43
56	69	226	120	415	88.30
57	87	222	120	429	91.28
58	86	226	120	432	91.91
59	111	230	120	461	98.09
60	103	230	120	453	96.38
61	102	230	120	452	96.17
62	94	230	120	444	94.47
63	69	222	120	411	87.45
64	64	214	120	398	84.68

DOKUMENTASI KEGIATAN



(RS Stella Maris Makassar)



Jenis Pelayanan di RS Stella Maris Makassar

1. Pelayanan Rawat Jalan

- Poli Interna
- Poli Ginjal
- Poli Jantung
- Poli Anak
- Poli Bedah
- Poli THT
- Poli Syaraf
- Poli Mata
- Poli Kulit dan Kelamin
- Poli Gizi
- Poli Paru
- Poli Jiwa
- Poli Gigi
- Poli Umum
- Poli Rehabilitasi Medik
- Poli Anastasi

**TERDAPAT 16
JENIS
POLIKLINIK**

Nama Dokter Poli dapat dilihat dalam Jadwal Dokter Poliklinik

2. Pelayanan Rawat Inap

- Super UP : 3 TT
- UP A : 5 TT
- UP B : 9 TT
- UP C : 19 TT
- Kelas I : 43 TT
- Kelas II : 23 TT
- Kelas III : 71 TT
- Isolasi perinatal AG : 6 TT
- ICU ICCU : 28 TT

**TERDAPAT
± 221
TEMPAT
TIDUR**

3. Pelayanan Penunjang Medis

A. Instalasi laboratorium

- 24 Jam
- Pemeriksaan Kimia Darah || Pemeriksaan Hematologi || Pemeriksaan Serologi || Tumor Marker || Pemeriksaan Bakteriologi || Pemeriksaan Liquor || Pemeriksaan Transudat Eksudat || Pemeriksaan Urine || Pemeriksaan Tinja

B. Instalasi radiologi

- Computerized Radiography
- CT Scan
- USG

C. Instalasi farmasi

- Pelayanan 24 Jam

D. Instalasi Fisioterapi

- Exercise Terapi
- Elektro Terapi : Diathermy/UKG || Ultrasonic || Faradisasi || Interferensi || S.W.D || Traksi Cervical || Traksi Lumbal
- Aktino Terapi : Infra Red rays
- Pembuatan Alat bantu: Polar care

(Gambar: Informasi Jenis Layanan)

(Gambar: Informasi Jenis Layanan Penunjang)



(Gambar: Suasana saat pasien menunggu antrian di RS Stella Maris Makassar)





(Gambar: petugas kesehatan mengerjakan kuesioner)



KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN

Kampus I: J. Sultan Alauddin No. 63 Telp. 864924 (fax 864923) Makassar
Kampus II: J. H.M. Yasin Limpo No. 36 Samata-Gowa Telp. (0411)841879 Fax (0411)821400 Samata-Gowa

Nomor : B- /FKIK/PP.00.9/07 /2017
Lamp :
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Samata-Gowa, 20 Juli 2017

Kepada Yth.
Gubernur Prop. Sulawesi Selatan
Cq. Kepala UPT P2T, BKPM D Prov. Sul-Sel

di
Makassar

Assalamu 'alaikum wr wb

Sehubungan dengan penyelesaian Skripsi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan rekomendasi untuk mengadakan penelitian di **RS Stella Maris Makassar** kepada mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

Nama : Nur Aprianthy Hasmy
NIM : 20200113043
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Judul Penelitian : Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Di Unit Rawat Inap RS Stella Maris Makassar
Dosen Pembimbing : 1. Hasbi Ibrahim, SKM., M.Kes.
2. Syarifaini SKM., M.Kes.

Demikian harapan kami, atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Wassalam
a.n. Dekan,
Wakil Dekan Bid. Akademik

Dr. Nur Hidayah S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 1981040520006042003

Tembusan :
1. Masing-masing Pembimbing
2. Mahasiswa yang bersangkutan
3. Arsip



1 2 0 1 7 1 9 1 4 2 1 1 2 0 6

PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN

Nomor : 11040/S.01P/P2T/07/2017
Lampiran :
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.
Direktur RS Stella Maris Makassar

di-

Tempat

Berdasarkan surat Dekan Fak. Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar Nomor : B.3105/FKIK/PP.00.9/07/2017 tanggal 20 Juli 2017 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : **NUR APRIANTY HASMY**
Nomor Pokok : 70200113043
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)
Alamat : Jl. Muh. Yasin Limpo No. 36 Samata, Sungguminasa-Gowa

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

" GAMBARAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI UNIT RAWAT INAP RS STELLA MARIS MAKASSAR "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **07 Agustus s/d 07 September 2017**

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami **menyetujui** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada tanggal : 25 Juli 2017

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU
PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu


A. M. YAMIN, SE., MS.
Pangkat : Pembina Utama Madya
Nip : 19610513 199002 1 002

Tembusan Yth

1. Dekan Fak. Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar di Makassar;
2. Penerimaan



RS. Stella Maris

Jl. Somba Opu No. 273
Makassar 90111 - Indonesia

Tel +62 411 854341
+62 411 871391
+62 411 873346

Fax +62 411 859545

SURAT KETERANGAN

Nomor : 2684^A DIR.SM.DIKL.KET.EX.IX.2017

Yang bertanda tangan dibawah menerangkan bahwa :

N a m a : Nur Aprianty Hasmy
Tempat / Tanggal Lahir : Ujung Pandang, 11 April 1995
N I M : 70200113043
Asal Pendidikan : Program Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar

Telah melaksanakan penelitian di RS. Stella Maris dalam rangka penyusunan Skripsi yang dimulai pada tanggal 7 Agustus 2017 sampai dengan 7 September 2017 dengan judul :

" Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Stella Maris Makassar "

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 16 September 2017

Hormat kami,
Direktur,



RS. Stella Maris

dr. Thomas Soharjo, M. Kes

cc. Arsip



PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1691/MENKES/PER/VIII/2011

TENTANG

KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan pasal 43 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;

Mengingat : 1. Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);

5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;

6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis;

8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;

9. Peraturan ...



- 2 -

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor
1144/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Organisasi
dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG
KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.
2. Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera.
3. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
4. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
5. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
6. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
7. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.
8. Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran.

9. Menteri ...



- 3 -

9. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 2

Ruang lingkup Peraturan Menteri Kesehatan ini meliputi Organisasi, Standar Keselamatan Pasien, Sasaran Keselamatan Pasien, Penyelenggaraan Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Pelaporan Insiden, Analisis dan Solusi, serta Pembinaan dan Pengawasan.

BAB II ORGANISASI

Pasal 3

- (1) Menteri membentuk Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan rumah sakit.
- (2) Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan organisasi nonstruktural dan independen dibawah koordinasi direktorat jenderal yang membidangi rumah sakit, serta bertanggung jawab kepada Menteri.
- (3) Keanggotaan Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit berjumlah 11 (sebelas) orang yang terdiri dari unsur Kementerian Kesehatan, asosiasi perumahsakit, dan pakar perumahsakit.
- (4) Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dibantu oleh sekretariat.
- (5) Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan masukan dan pertimbangan kepada Menteri dalam rangka penyusunan kebijakan nasional dan peraturan keselamatan pasien rumah sakit.
- (6) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (5), Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi:
 - a. penyusunan standar dan pedoman keselamatan pasien rumah sakit;
 - b. kerja sama dengan berbagai institusi dalam dan luar negeri;
 - c. pengkajian Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
 - d. pengembangan dan pengelolaan sistem pelaporan insiden untuk pembelajaran di rumah sakit; dan
 - e. monitoring dan evaluasi pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit.
- (7) Dalam menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (6), Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit dapat membentuk tim *ad hoc* sesuai kebutuhan.

Pasal 4 ...



- 4 -

Pasal 4

Keanggotaan Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit ditetapkan dengan Keputusan Menteri atas usulan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

Pasal 5

Rumah sakit dan tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit wajib melaksanakan program dengan mengacu pada kebijakan nasional Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Pasal 6

- (1) Setiap rumah sakit wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien.
- (2) TKPRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada kepala rumah sakit.
- (3) Keanggotaan TKPRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari manajemen rumah sakit dan unsur dari profesi kesehatan di rumah sakit.
- (4) TKPRS melaksanakan tugas:
 - a. mengembangkan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai dengan kekhususan rumah sakit tersebut;
 - b. menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit;
 - c. menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan (monitoring) dan penilaian (evaluasi) tentang terapan (implementasi) program keselamatan pasien rumah sakit;
 - d. bekerja sama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit untuk melakukan pelatihan internal keselamatan pasien rumah sakit;
 - e. melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisa insiden serta mengembangkan solusi untuk pembelajaran;
 - f. memberikan masukan dan pertimbangan kepada kepala rumah sakit dalam rangka pengambilan kebijakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit; dan
 - g. membuat laporan kegiatan kepada kepala rumah sakit.

BAB III STANDAR KESELAMATAN PASIEN

Pasal 7

- (1) Setiap Rumah Sakit wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien.

(2) Standar ...

- 5 -

- (2) Standar Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. hak pasien;
 - b. mendidik pasien dan keluarga;
 - c. keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan;
 - d. penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien;
 - e. peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien;
 - f. mendidik staf tentang keselamatan pasien; dan
 - g. komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai Standar Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran Peraturan ini.

BAB IV SASARAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

Pasal 8

- (1) Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien.
- (2) Sasaran Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi tercapainya hal-hal sebagai berikut:
 - a. Ketepatan identifikasi pasien;
 - b. Peningkatan komunikasi yang efektif;
 - c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai;
 - d. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi;
 - e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; dan
 - f. Pengurangan risiko pasien jatuh.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai Sasaran Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran Peraturan ini.

BAB V PENYELENGGARAAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

Pasal 9

- (1) Dalam rangka menerapkan Standar Keselamatan Pasien, Rumah Sakit melaksanakan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- (2) Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien;
 - b. memimpin dan mendukung staf;
 - c. mengintegrasikan ...

- 6 -

- c. mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko;
 - d. mengembangkan sistem pelaporan;
 - e. melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien;
 - f. belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien; dan
 - g. mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran Peraturan ini.

Pasal 10

Asosiasi perumahsakit dan organisasi profesi kesehatan wajib berperan serta dalam persiapan penyelenggaraan Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

BAB VI PELAPORAN INSIDEN, ANALISIS DAN SOLUSI

Pasal 11

- (1) Sistem pelaporan insiden dilakukan di internal rumah sakit dan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- (2) Pelaporan insiden kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit mencakup KTD, KNC, dan KTC, dilakukan setelah analisis dan mendapatkan rekomendasi dan solusi dari TKPRS.
- (3) Sistem pelaporan insiden kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit harus dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim (tanpa identitas), tidak mudah diakses oleh yang tidak berhak.
- (4) Pelaporan insiden sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditujukan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan tidak untuk menyalahkan orang (*non blaming*).

Pasal 12

- (1) Setiap insiden harus dilaporkan secara internal kepada TKPRS dalam waktu paling lambat 2x24 jam sesuai format laporan sebagaimana tercantum pada Formulir 1 Peraturan ini.
- (2) TKPRS melakukan analisis dan memberikan rekomendasi serta solusi atas insiden yang dilaporkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) TKPRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melaporkan hasil kegiatannya kepada kepala rumah sakit.

Pasal 13 ...



- 7 -

Pasal 13

- (1) Rumah sakit harus melaporkan insiden, analisis, rekomendasi dan solusi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) secara tertulis kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit sesuai format laporan sebagaimana tercantum pada Formulir 2 Peraturan ini.
- (2) Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan pengkajian dan memberikan umpan balik (*feedback*) dan solusi atas laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara nasional.

Pasal 14

Ketentuan lebih lanjut mengenai sistem pelaporan insiden diatur dengan Peraturan Menteri.

BAB VII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 15

- (1) Menteri, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota secara berjenjang melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap kegiatan Keselamatan Pasien Rumah Sakit sesuai tugas dan fungsi masing-masing.
- (2) Dalam melaksanakan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengikutsertakan asosiasi perumahsakit dan organisasi profesi kesehatan.
- (3) Kepala rumah sakit secara berkala wajib melakukan pembinaan dan pengawasan kegiatan keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh TKPRS.

Pasal 16

Dalam rangka pembinaan dan pengawasan, Menteri, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dapat mengambil tindakan administratif kepada rumah sakit terhadap pelanggaran ketentuan Pasal 6 ayat (1), Pasal 7 ayat (1), Pasal 8 ayat (1) dan Pasal 11 ayat (1), berupa:

- a. teguran lisan;
- b. teguran tertulis; atau
- c. penundaan atau penangguhan perpanjangan izin operasional.

BAB VIII ...



- 8 -

BAB VIII KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 17

- (1) Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang telah ada dan dibentuk oleh Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) masih tetap melaksanakan tugas sepanjang Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit belum terbentuk.
- (2) Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit harus dibentuk dalam waktu selambat-lambatnya 6 (enam) bulan sejak peraturan ini ditetapkan.
- (3) Setiap rumah sakit harus membentuk TKPRS sesuai dengan Peraturan ini dalam waktu selambat-lambatnya 1 (satu) tahun sejak peraturan ini ditetapkan.

BAB IX KETENTUAN PENUTUP

Pasal 18

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 8 Agustus 2011
MENTERI KESEHATAN,

ttd

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 24 Agustus 2011

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA,

ttd

PATRIALIS AKBAR

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2011 NOMOR



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

LAMPIRAN

PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 1691/MENKES/PER/VIII/2011
TENTANG

KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

ALAUDDIN

MAKASSAR



- 1 -

STANDAR KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di rumah sakit di Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit yang merupakan acuan bagi rumah sakit di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya.

Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan rumah sakit dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi Rumah Sakit.

Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

1. hak pasien
2. mendidik pasien dan keluarga
3. keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
4. penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
5. peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
6. mendidik staf tentang keselamatan pasien
7. komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Uraian tujuh standar tersebut diatas adalah sebagai berikut:

Standar I. Hak pasien

Standar:

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

Kriteria:

- 1.1. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- 1.2. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
- 1.3. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

Standar II. Mendidik pasien dan keluarga

Standar:

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

- 2 -

Kriteria:

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat :

1. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
2. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
3. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
4. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
5. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.
6. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
7. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

Standar III. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Standar:

Rumah Sakit menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriteria:

- 3.1. Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.
- 3.2. Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
- 3.3. Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
- 3.4. Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

Standar IV. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Standar:

Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Kriteria:

- 4.1. Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- 4.2. Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan : pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
- 4.3. Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
- 4.4. Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

Standar V. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Standar:

1. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
2. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
3. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
4. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
5. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

Kriteria:

- 5.1. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- 5.2. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden.
- 5.3. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- 5.4. Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- 5.5. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah “Kejadian Nyaris Cedera” (*Near miss*) dan “Kejadian Sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
- 5.6. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (Sentinel Event) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.
- 5.7. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.
- 5.8. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
- 5.9. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

Standar VI. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Standar:

1. Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
2. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

Kriteria:

- 6.1. Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
- 6.2. Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *in-service training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- 6.3. Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

Standar VII. Komunikasi merupakan kunci bagi staff untuk mencapai keselamatan pasien

Standar:

1. Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
2. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriteria:

- 7.1. Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- 7.2. Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Sasaran Keselamatan Pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions dari WHO Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International* (JCI).

Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Diakui bahwa desain sistem yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan

pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh. Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut :

SASARAN I : KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN

Standar SKP I

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

Maksud dan Tujuan Sasaran I

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/ lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-code*, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda di lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi.

Elemen Penilaian Sasaran I

1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
3. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.

4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
5. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

SASARAN II : PENINGKATAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF

Standar SKP II

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.

Maksud dan Tujuan Sasaran II

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk: mencatat (atau memasukkan ke komputer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah; kemudian penerima perintah membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat. Kebijakan dan/atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

Elemen Penilaian Sasaran II

1. Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
2. Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
3. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan
4. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

SASARAN III : PENINGKATAN KEAMANAN OBAT YANG PERLU DIWASPADAI (*HIGH-ALERT*)

Standar SKP III

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*).

Maksud dan Tujuan Sasaran III

Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Soun Alike/LASA*). Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0.9%, dan magnesium sulfat =50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/kurang hati-hati.

Elemen Penilaian Sasaran III

1. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
2. Implementasi kebijakan dan prosedur.
3. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.

4. Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

SASARAN IV : KEPASTIAN TEPAT-LOKASI, TEPAT-PROSEDUR, TEPAT-PASIEN OPERASI

Standar SKP IV

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien.

Maksud dan Tujuan Sasaran IV

Salah lokasi, salah-prosedur, pasien-salah pada operasi, adalah sesuatu yang menkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang menkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari *WHO Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*.

Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang).

Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk:

- memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;
- memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang; dan
- melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant² yang dibutuhkan.

Tahap “Sebelum insisi” (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*.

Elemen Penilaian Sasaran IV

1. Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
2. Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
3. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/*time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
4. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

SASARAN V : PENGURANGAN RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN

Standar SKP V

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Maksud dan Tujuan Sasaran V

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis).

Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* bisa dibaca kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional.

Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi

petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

Elemen Penilaian Sasaran V

1. Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari *WHO Patient Safety*).
2. Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
3. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

SASARAN VI : PENGURANGAN RISIKO PASIEN JATUH

Standar SKP VI

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

Maksud dan Tujuan Sasaran VI

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit.

Elemen Penilaian Sasaran VI

1. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
2. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.
3. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
4. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

Mengacu kepada standar keselamatan pasien pada Lampiran I, maka rumah sakit harus merancang proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Proses perancangan tersebut harus mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.

Uraian Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

1. MEMBANGUN KESADARAN AKAN NILAI KESELAMATAN PASIEN

Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.

Langkah penerapan:

A. Bagi Rumah Sakit:

Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan apa yang harus dilakukan staf segera setelah terjadi insiden, bagaimana langkah-langkah pengumpulan fakta harus dilakukan dan dukungan apa yang harus diberikan kepada staf, pasien dan keluarga.

- 1) Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bilamana ada insiden.
- 2) Tumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit.
- 3) Lakukan asesmen dengan menggunakan survei penilaian keselamatan pasien.

B. Bagi Unit/Tim:

- 1) Pastikan rekan sekerja anda merasa mampu untuk berbicara mengenai kepedulian mereka dan berani melaporkan bilamana ada insiden.
- 2) Demonstrasikan kepada tim anda ukuran-ukuran yang dipakai di rumah sakit anda untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yang tepat.

2. MEMIMPIN DAN MENDUKUNG STAF

Membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang Keselamatan Pasien di rumah sakit.

Langkah penerapan:

A. Untuk Rumah Sakit:

- 1) Pastikan ada anggota Direksi atau Pimpinan yang bertanggung jawab atas Keselamatan Pasien
- 2) Identifikasi di tiap bagian rumah sakit, orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi “penggerak” dalam gerakan Keselamatan Pasien
- 3) Prioritaskan Keselamatan Pasien dalam agenda rapat Direksi/Pimpinan maupun rapat-rapat manajemen rumah sakit
- 4) Masukkan Keselamatan Pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit anda dan pastikan pelatihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya.

B. Untuk Unit/Tim:

- 1) Nominasikan “penggerak” dalam tim anda sendiri untuk memimpin Gerakan Keselamatan Pasien
- 2) Jelaskan kepada tim anda relevansi dan pentingnya serta manfaat bagi mereka dengan menjalankan gerakan Keselamatan Pasien
- 3) Tumbuhkan sikap ksatria yang menghargai pelaporan insiden.

3. MENGINTEGRASIKAN AKTIVITAS PENGELOLAAN RISIKO

Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.

Langkah penerapan:

A. Untuk Rumah Sakit:

- 1) Telaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan nonklinis, serta pastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan Keselamatan Pasien dan staf;
- 2) Kembangkan indikator-indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitor oleh direksi/pimpinan rumah sakit;
- 3) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.

B. Untuk Unit/Tim:

- 1) Bentuk forum-forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan isu-isu Keselamatan Pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait;
- 2) Pastikan ada penilaian risiko pada individu pasien dalam proses asesmen risiko rumah sakit;
- 3) Lakukan proses asesmen risiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko, dan ambillah langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut;
- 4) Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan risiko rumah sakit.

4. MENGEMBANGKAN SISTEM PELAPORAN

Memastikan staf dapat melaporkan kejadian/ insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Langkah penerapan:

A. Untuk Rumah Sakit:

Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar, yang harus dilaporkan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

B. Untuk Unit/Tim:

Berikan semangat kepada rekan sekerja anda untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, karena mengandung bahan pelajaran yang penting.

5. MELIBATKAN DAN BERKOMUNIKASI DENGAN PASIEN

Mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.

Langkah penerapan:

A. Untuk Rumah Sakit:

- 1) Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang secara jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka selama proses asuhan tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya.
- 2) Pastikan pasien dan keluarga mereka mendapat informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden.



- 15 -

- 3) Berikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya.

B. Untuk Unit/Tim:

- 1) Pastikan tim anda menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden
- 2) Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat
- 3) Pastikan, segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.

6. BELAJAR DAN BERBAGI PENGALAMAN TENTANG KESELAMATAN PASIEN

Mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.

Langkah penerapan:

A. Untuk Rumah Sakit:

- 1) Pastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab.
- 2) Kembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas criteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (*root cause analysis/RCA*) yang mencakup insiden yang terjadi dan minimum satu kali per tahun melakukan *Failure Modes and Effects Analysis* (FMEA) untuk proses risiko tinggi.

B. Untuk Unit/Tim:

- 1) Diskusikan dalam tim anda pengalaman dari hasil analisis insiden.
- 2) Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan bagilah pengalaman tersebut secara lebih luas.

7. MENCEGAH CEDERA MELALUI IMPLEMENTASI SISTEM KESELAMATAN PASIEN

Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

- 16 -

Langkah penerapan:

A. Untuk Rumah Sakit:

- 1) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, dan audit serta analisis, untuk menentukan solusi setempat.
- 2) Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan/atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien.
- 3) Lakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
- 4) Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- 5) Beri umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan.

B. Untuk Unit/Tim :

- 1) Libatkan tim anda dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.
- 2) Telaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat tim anda dan pastikan pelaksanaannya.
- 3) Pastikan tim anda menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan.

Tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit merupakan panduan yang komprehensif untuk menuju keselamatan pasien, sehingga tujuh langkah tersebut secara menyeluruh harus dilaksanakan oleh setiap rumah sakit. Dalam pelaksanaan, tujuh langkah tersebut tidak harus berurutan dan tidak harus serentak. Pilih langkah-langkah yang paling strategis dan paling mudah dilaksanakan di rumah sakit. Bila langkah-langkah ini berhasil maka kembangkan langkah-langkah yang belum dilaksanakan. Bila tujuh langkah ini telah dilaksanakan dengan baik rumah sakit dapat menambah penggunaan metoda-metoda lainnya.

MENTERI KESEHATAN,

ttd

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH

FORMAT LAPORAN INSIDEN KE TKPRS

Rumah Sakit.....

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAXIMAL 2 x 24 JAM

LAPORAN INSIDEN KNC, KTC, KTD DAN KEJADIAN SENTINEL

I . DATA PASIEN

Nama :

No MR : Ruangan :

Umur * : ☐ 0-1 bulan ☐ > 1 bulan – 1 tahun
☐ > 1 tahun – 5 tahun ☐ > 5 tahun – 15 tahun
☐ > 15 tahun – 30 tahun ☐ > 30 tahun – 65 tahun
☐ > 65 tahun

Jenis kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Penanggung biaya pasien :
☐ Pribadi ☐ Asuransi Swasta
☐ ASKES Pemerintah ☐ Perusahaan*
☐ JAMKESMAS ☐ Jaminan Kesehatan Daerah

Tanggal Masuk RS : Jam

II. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan Waktu Insiden
Tanggal : Jam

2. Insiden :

3. Kronologis Insiden :
.....
.....

4. Jenis Insiden* :
☐ Kejadian Nyaris Cedera / KNC (Near miss)
☐ Kejadian Tidak Cedera/KTC (No Harm)
☐ Kejadian Tidak diharapkan / KTD (Adverse Event) / Kejadian Sentinel (Sentinel Event)

5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*
☐ Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya
☐ Pasien
☐ Keluarga / Pendamping pasien
☐ Pengunjung
☐ Lain-lain(sebutkan)

6. Insiden terjadi pada* :
☐ Pasien
☐ Lain-lain(sebutkan)
Mis : karyawan / Pengunjung / Pendamping / Keluarga pasien, lapor ke K3 RS.

7. Insiden menyangkut pasien :
- ☐ Pasien rawat inap
 - ☐ Pasien rawat jalan
 - ☐ Pasien UGD
 - ☐ Lain-lain(sebutkan)

8. Tempat Insiden
Lokasi kejadian(sebutkan)
(Tempat pasien berada)

9. Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit / spesialisasi)
- ☐ Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya
 - ☐ Anak dan Subspesialisasinya
 - ☐ Bedah dan Subspesialisasinya
 - ☐ Obstetri Ginekologi dan Subspesialisasinya
 - ☐ THT dan Subspesialisasinya
 - ☐ Mata dan Subspesialisasinya
 - ☐ Saraf dan Subspesialisasinya
 - ☐ Anastesi dan Subspesialisasinya
 - ☐ Kulit & Kelamin dan Subspesialisasinya
 - ☐ Jantung dan Subspesialisasinya
 - ☐ Paru dan Subspesialisasinya
 - ☐ Jiwa dan Subspesialisasinya
- Lokasi kejadian(sebutkan)

10. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden
Unit kerja penyebab(sebutkan)

11. Akibat Insiden Terhadap Pasien* :
- ☐ Kematian
 - ☐ Cedera *Irreversibel* / Cedera Berat
 - ☐ Cedera *Reversibel* / Cedera Sedang
 - ☐ Cedera Ringan
 - ☐ Tidak ada cedera

12. Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :
.....
.....

13. Tindakan dilakukan oleh* :
- ☐ Tim : terdiri dari :
 - ☐ Dokter
 - ☐ Perawat
 - ☐ Petugas lainnya

14. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain?*

☐ Ya ☐ Tidak

Apabila ya, isi bagian dibawah ini.

Kapan ? dan Langkah / tindakan apa yang telah diambil pada Unit kerja tersebut untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama?

.....
.....
.....

Pembuat Laporan	:.....	Penerima Laporan	:.....
Paraf	:.....	Paraf	:.....
Tgl Terima	:.....	Tgl Lapor	:.....

Grading Risiko Kejadian* (Diisi oleh atasan pelapor) :

☐ **BIRU** ☐ **HIJAU** ☐ **KUNING** ☐ **MERAH**

NB. * = pilih satu jawaban.

FORMAT LAPORAN KE TKPRS

Rumah Sakit.....

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAXIMAL 2 x 24 JAM

Laporan Kondisi Potensial Cedera (KPC)

- Tanggal dan Waktu ditemukan Kondisi Potensi Cedera (KPC)
 Tanggal : Jam
- KPC :

- Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*
☐ Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya
☐ Pasien
☐ Keluarga / Pendamping pasien
☐ Pengunjung
☐ Lain-lain(sebutkan)
- Lokasi diketahui KPC(sebutkan)
- Unit / Departemen terkait KPC (sebutkan)
- Tindakan yang dilakukan selama ini, dan hasilnya :

- Tindakan dilakukan oleh* :
☐ Tim : terdiri dari :
☐ Dokter
☐ Perawat
☐ Petugas lainnya
- Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain?

☐ Ya
 ☐ Tidak

 Apabila ya, isi bagian dibawah ini.
 Kapan ? dan Langkah / tindakan apa yang telah diambil pada Unit kerja tersebut

 untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama?

Pembuat Laporan	:	Penerima Laporan	:
Paraf	:	Paraf	:
Tgl Lapor	:	Tgl terima	:

LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

- Laporan ini hanya dibuat jika timbul kejadian yang menyangkut pasien. Laporan bersifat anonim, tidak mencantumkan nama, hanya diperlukan rincian kejadian, analisa penyebab dan rekomendasi.
- Untuk mengisi laporan ini sebaiknya dibaca Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), bila ada kerancuan persepsi, isilah sesuai dengan pemahaman yang ada.
- Isilah semua data pada Laporan Insiden Keselamatan Pasien dengan lengkap. Jangan dikosongkan agar data dapat dianalisa.
- Segera kirimkan laporan ini langsung ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP).

KODE RUMAH SAKIT :

I. DATA RUMAH SAKIT:

Kepemilikan Rumah Sakit :

- ☐ Pemerintah
- ☐ Pemerintah Daerah (Provinsi / Kab / Kota)
- ☐ TNI /POLRI
- ☐ Privat
- ☐ BUMN / BUMD

Jenis Rumah Sakit :

- ☐ RS Umum
- ☐ RS Khusus:
 - ☐ RS Ibu dan Anak
 - ☐ RS Paru
 - ☐ RS Mata
 - ☐ RS Orthopedi
 - ☐ RS Jantung
 - ☐ RS Jiwa
 - ☐ RS Kusta
 - ☐ RS Khusus lainnya

Kelas Rumah Sakit Umum

- ☐ A
- ☐ B
- ☐ C
- ☐ D

Kelas Rumah Sakit Khusus

- ☐ A
- ☐ B
- ☐ C

Kapasitas tempat tidur :tempat tidur

Propinsi (lokasi RS):.....

Tanggal Laporan Insiden di kirim ke KNKP :

II. DATA PASIEN

Umur * : ☐ 0-1 bulan ☐ > 1 bulan – 1 tahun
☐ > 1 tahun – 5 tahun ☐ > 5 tahun – 15 tahun
☐ > 15 tahun – 30 tahun ☐ > 30 tahun – 65 tahun
☐ > 65 tahun

Jenis kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Penanggung biaya pasien :

☐ Pribadi

☐ ASKES Pemerintah

☐ JAMKESMAS

☐ Asuransi Swasta

☐ Perusahaan*

☐ Jaminan Kesehatan Daerah

Tanggal Masuk RS : Jam

III. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan Waktu Insiden

Tanggal : Jam
2. Insiden :
3. Kronologis Insiden

.....

.....

.....
4. Jenis Insiden* :

☐ Kejadian Nyaris Cedera / KNC (*Near miss*)

☐ Kejadian Tidak Cedera/KTC (*No Harm Incident*)

☐ Kejadian Tidak diharapkan / KTD (*Adverse Event*) / Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)
5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*

☐ Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya

☐ Pasien

☐ Keluarga / Pendamping pasien

☐ Pengunjung

☐ Lain-lain.....(sebutkan)
6. Insiden terjadi pada* :

☐ Pasien

☐ Lain-lain(sebutkan)

Mis : karyawan / Pengunjung / Pendamping / Keluarga pasien, lapor ke K3 RS.
7. Insiden menyangkut pasien :

☐ Pasien rawat inap

☐ Pasien rawat jalan

☐ Pasien UGD

☐ Lain-lain(sebutkan)
8. Tempat Insiden

Lokasi kejadian(sebutkan)

(Tempat pasien berada)
9. Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit / spesialisasi)

☐ Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya

☐ Anak dan Subspesialisasinya

☐ Bedah dan Subspesialisasinya

☐ Obstetri Ginekologi dan Subspesialisasinya

☐ THT dan Subspesialisasinya

☐ Mata dan Subspesialisasinya

☐ Saraf dan Subspesialisasinya

☐ Anastesi dan Subspesialisasinya

☐ Kulit & Kelamin dan Subspesialisasinya

☐ Jantung dan Subspesialisasinya

☐ Paru dan Subspesialisasinya

☐ Jiwa dan Subspesialisasinya

☐ Lain-lain(sebutkan)
10. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden

Unit kerja penyebab(sebutkan)
- 11.Akibat Insiden Terhadap Pasien* :

☐ Kematian

☐ Cedera *Irreversibel* / Cedera Berat

☐ Cedera *Reversibel* / Cedera Sedang

☐ Cedera Ringan

☐ Tidak ada cedera

- 12.Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :
.....
.....
.....
- 13.Tindakan dilakukan oleh* :
☐ Tim : terdiri dari :
☐ Dokter
☐ Perawat
☐ Petugas lainnya :
- 14.Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain?*
☐ Ya ☐ Tidak
Apabila ya, isi bagian dibawah ini.
Kapan ? dan Langkah / tindakan apa yang telah diambil pada Unit kerja tersebut
untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama?
.....
.....

IV. TIPE INSIDEN

Tipe Insiden :
Sub Tipe Insiden :

V. ANALISA PENYEBAB INSIDEN

- Dalam pengisian penyebab langsung atau akar penyebab masalah dapat menggunakan Faktor kontributor (bisa pilih lebih dari 1)
- a. Faktor Eksternal / di luar RS
 - b. Faktor Organisasi dan Manajemen
 - c. Faktor Lingkungan kerja
 - d. Faktor Tim
 - e. Faktor Petugas & Kinerja
 - f. Faktor Tugas
 - g. Faktor Pasien
 - h. Faktor Komunikasi
1. Penyebab langsung (*Direct / Proximate/ Immediate Cause*)
.....
.....
.....
2. Akar penyebab masalah (*underlying ☐ root cause*)
.....
.....
.....
3. Rekomendasi / Solusi

NO	AKAR MASALAH	REKOMENDASI/SOLUSI

NB. * = pilih satu jawaban, kecuali bila berpendapat lain.

GAMBARAN FAKTOR PERSONAL BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI UNIT RAWAT INAP RS STELLA MARIS MAKASSAR

ORIGINALITY REPORT

3%

SIMILARITY INDEX

2%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

0%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

"8-K: BECTON DICKINSON & CO.", EDGAR
Online-8-K Glimpse, Nov 4 2015 Issue

Publication

1%

2

www.forme-jp.net

Internet Source

1%

3

www.harmony2006.org

Internet Source

1%

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

ALAUDDIN

MAKASSAR

Exclude quotes On

Exclude bibliography On

Exclude matches < 1%

RIWAYAT HIDUP



Nur Aprianty Hasmy, dilahirkan di Ujung Pandang pada tanggal 11 April 1995 dari sepasang suami istri yang bernama Muh. Hasmy Djafar dan Hartati Surapel. Penulis hidup dalam lingkungan yang sederhana bersama 2 saudaranya yaitu Muh. Syahrul Ramadhan Hasmy. Dan Muh. Syahril Hasmy.

Penulis memulai mengenyam pendidikan pada TK Kuncup Pertiwi Kendari pada tahun 2000. Setahun kemudian melanjutkan pendidikan di sekolah dasar SDN 12 Baruga Kendari pada tahun 2001 dan menyelesaikan sekolah dasarnya pada tahun 2006. Ditahun yang sama, penulis melanjutkan pendidikannya di sekolah menengah pertama SMPN 4 Kendari dan melanjutkan ke jengjang menengah atas tahun 2010 di SMA Neg. 11 Makassar.

Setamat SMA, pada tahun 2013 penulis melanjutkan pendidikan dibangku perkuliahan di kampus hijau UIN Alauddin Makassar-Samata Gowa di Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan dan pada tahun 2015 memilih peminatan Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Sampai dengan penulisan skripsi ini, penulis masih terdaftar sebagai mahasiswa S1 pada prodi kesmas FKIK UIN Alauddin Makassar.